



UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS –UFPel
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL – DMS
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA



MELHORA DA ATENÇÃO AOS USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL E/OU
DIABETES MELLITUS NA USF DE RIO BONITO, NOVA FRIBURGO - RJ

DANIELA LIMA AZEVEDO

Pelotas/RS
2014

DANIELA LIMA AZEVEDO

**MELHORA DA ATENÇÃO AOS USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL E/OU
DIABETES MELLITUS NA USF DE RIO BONITO, NOVA FRIBURGO - RJ**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Saúde da Família –
Modalidade a Distância – UFPEL/UNASUS, como
requisito parcial para obtenção do título de
Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Simone Gomes Dias de Oliveira

Pelotas / RS
2014

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

A994m Azevedo, Daniela Lima

Melhora da atenção aos usuários com hipertensão arterial e/ou diabetes Mellitus na USF de Rio Bonito, Nova Friburgo - RJ / Daniela Lima Azevedo ; Simone Gomes Dias de Oliveira, orientadora. — Pelotas, 2014.

86 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2014.

1. Saúde da família. 2. Atenção primária à saúde. 3. Doença crônica. 4. Diabetes Mellitus. 5. Hipertensão arterial. I. Oliveira, Simone Gomes Dias de, orient. II. Título.

CDD : 362.14

Elaborada por Carmen Lucia Lobo Giusti CRB: 10/813

A Deus, por me manter firme nas tantas vezes em que pensei em desistir.

A meus pais, Maria do Carmo e José Luiz, pelo exemplo de vida.

À minha filha, Maria Eduarda, por repor minhas forças todos os dias com largos sorrisos, abraços esfuziantes e beijos sinceros.

À minha orientadora, Simone, pela paciência e persistência.

À Neide, nossa amiga fiel, que foi para junto de Deus durante esta intervenção, com a certeza de que o Céu está mais bonito com sua presença. Minha saudade sincera.

AGRADECIMENTOS

A esta Universidade, por oportunizar, mesmo à distância, a possibilidade da conclusão desta especialização, tão almejada em minha carreira profissional.

À Lacita, que iniciou comigo esta caminhada, e que tantas vezes foi meu ombro, meu alicerce, meu amparo. O meu saudoso carinho.

À minha orientadora Simone, sempre tão paciente e perfeccionista, me impulsionando a dar o melhor de mim.

À Lavínia, orientadora pedagógica, por fazer-se sempre presente e nos amparar por diversas vezes.

À minha família, que tanto amo e tanto me amparou, servindo como exemplo a ser seguido.

À minha filha, Maria Eduarda, que sempre esteve disposta a um abraço e um carinho, para amenizar o estresse diário.

À minha amiga querida, Neide, que como Agente Comunitário de Saúde foi a mais profissional e esforçada e que como amiga foi a mais querida e amada. Obrigada por todos os seus ensinamentos. Esteja na paz de Deus!

Lista de Figuras

Figura 1 - Cobertura do programa de atenção ao usuário com hipertensão na USF de Rio Bonito	55
Figura 2 - Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo	58
Figura 3 - Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo	59
Figura 4 - Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo	60
Figura 5 - Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo	61
Figura 6 – Grupo de Bar	70
Figura 7 – Grupo de Bar	70

LISTA DE ABREVIATURAS / SIGLAS

AA – Alcoólicos Anônimos
ACS - Agente Comunitário de Saúde
AIDS – AcquiredImmunodeficiencySyndrome (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)
AVE – Acidente Vascular Encefálico
BPA – Boletim de Produção Ambulatorial
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CEO – Centro de Especialidades Odontológicas
DIA – Diabetes
DM – Diabetes Mellitus
DMS – Departamento de Medicina Social
DST – Doença Sexualmente Transmissível
EaD – Ensino à Distância
ESF – Equipe de Saúde da Família
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica
HDL – High Density Lipoprotein (Lipoproteína de Alta Densidade; Colesterol Bom)
HGT - Hemogluco teste
HIV – HumanImmunodeficiencyVirus (Vírus da Imunodeficiência Adquirida)
HiperDia - Programa de Atenção à Hipertensão e Diabetes
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA – Instituto Nacional do Câncer
mg/dL – Miligramas por Decilitro (unidade de medida de glicemia)
mmHg – Milímetros de Mercúrio (unidade de medida de pressão arterial)
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PA – Pressão Arterial
PMA2 – Relatório Consolidado de Produção de Saúde da Família
PMAQ – Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PSF – Posto de Saúde da Família
ROA – Relatório de Ocorrência Ambulatorial
RJ – Rio de Janeiro
RS – Rio Grande do Sul
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIAB - Sistema de Informações da Atenção Básica
SISREG – Sistema de Regulação
SSA2 – Relatório Detalhado de Produção de Saúde da Família
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde

UFF – Universidade Federal Fluminense
UFPEl – Universidade Federal de Pelotas
UNASUS – Universidade Aberta do SUS
UPA – Unidade de Pronto-Atendimento
USF – Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1. Análise Situacional	13
1.1. Texto inicial da situação da Unidade de Saúde da Família Rio Bonito	13
1.2. Relatório da Análise Situacional.....	16
1.3. Comentário comparativo sobre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	23
2. Análise Estratégica – Projeto de Intervenção	25
2.1. Justificativa.....	25
2.2. Objetivos e Metas.....	26
2.3. Metodologia.....	29
2.3.1. Ações	29
2.3.2. Indicadores.....	44
2.3.3. Logística.....	47
2.3.4. Cronograma	50
3. Relatório da Intervenção	51
3.1. Ações previstas que foram desenvolvidas: facilidades e dificuldades..	51
3.2. Ações previstas que não foram desenvolvidas: facilidades e dificuldades.....	51
3.3. Dificuldades na coleta e sistematização de dados	52
3.4. Análise da viabilidade de incorporação da intervenção à rotina do serviço	52
4. Avaliação da Intervenção.....	54
4.1. Resultados	54
4.2. Discussão.....	71
4.3. Relatório da intervenção para gestores.....	72
4.4. Relatório da intervenção para a comunidade	75
5. Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem	79
Bibliografia	82
Anexos	84
Apêndices	88

Resumo

Azevedo, Daniela Lima. **MELHORA DA ATENÇÃO AOS USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL E/OU DIABETES MELLITUS NA USF DE RIO BONITO, NOVA FRIBURGO -RJ** 2014,88f. Trabalho Acadêmico (Especialização) – Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas/RS.

A hipertensão arterial afeta de 11 a 20% da população adulta com mais de 20 anos sendo responsável por cerca de 85% dos acidentes vasculares encefálicos (AVE) e 40% dos infartos do miocárdio. Já o diabetes mellitus acomete cerca de 7,6% da população e é responsável, com frequência, por invalidez parcial ou total do indivíduo, com graves repercussões para o indivíduo, sua família e a sociedade. A possibilidade de associação das duas doenças é da ordem de 50%, o que requer, na grande maioria dos casos, o manejo das duas patologias em um mesmo usuário. Desta forma, a intervenção ao Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na Unidade de Saúde da Família de Rio Bonito do município de Nova Friburgo – RJ teve por objetivo melhorar a atenção aos adultos com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus da Unidade de Saúde da Família de Rio Bonito, no município de Nova Friburgo – RJ e envolveu um total de 141 hipertensos e 22 diabéticos da unidade, de um universo de 1085 pessoas (população adscrita). Durante 16 semanas, entre 2013 e 2014, a atenção ao hipertenso e ao diabético foi reorganizada. Para tal, foi realizada capacitação da equipe e aumento da oferta de serviços, alcançando busca ativa de todos os usuários faltosos às consultas, e também todos os hipertensos e diabéticos desta área tiveram orientação nutricional e sobre a prática de atividades físicas, bem como sobre os riscos do tabagismo e do etilismo. Com relação ao exame clínico e exames complementares, 111 hipertensos estavam com os exames e chegamos a 116 no final do período. Sobre os diabéticos, 16 estavam com exames em dia, chegamos a 18 no final do estudo eram 17. Além disso, todos os usuários tiveram estratificação de risco atualizada e nenhum deles passou por avaliação odontológica (embora tenham recebido orientação). Passamos a nos entender como parte do processo e chamamos o usuário a entender-se também, o que melhorou a efetividade do trabalho, a adesão ao tratamento e aumentou o vínculo entre a equipe e a comunidade.

Palavras-chave: Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde, Doença Crônica, Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial

Abstract

Azevedo, Daniela Lima. **IMPROVEMENT OF ATTENTION TO USERS WITH HYPERTENSION AND / OR DIABETES MELLITUS IN FAMILY HEALTH UNIT OF RIO BONITO, NOVA FRIBURGO - RJ** 2014, 88P. Academic Work (Specialization) - Graduate Program in Family Health. Federal University of Pelotas, Pelotas / RS.

Hypertension affects 11-20% of the adult population over 20 years accounting for about 85% of cerebrovascular accidents (CVA) and 40% of myocardial infarctions. Have diabetes mellitus affects approximately 7.6% of the population and is responsible, often by partial or total disability of the individual, with serious repercussions for the individual, their family and society. The possible association of the two diseases is of the order of 50%, which requires, in most cases, the management of the two diseases in the same user. Thus, the intervention program Hypertension and Diabetes Mellitus on the Family Health Unit of the Rio Bonito municipality of Nova Friburgo - RJ aimed to improve care for adults with hypertension and / or diabetes mellitus Health Unit Family of Rio Bonito, in the municipality of Nova Friburgo - RJ and involved a total of 141 hypertensive and 22 diabetic unit, from a universe of 1085 people (enrolled population). For 16 weeks between 2013 and 2014, the attention to hypertensive and diabetic was reorganized. To this end, staff training and increasing the supply of services was performed, reaching active search for all absences to queries, users and also all hypertensive and diabetic area were given nutritional counseling and the practice of physical activities, as well as the risks of smoking and alcohol consumption. With regard to the clinical examination and diagnostic procedures, 111 were hypertensive with exams and reached 116 at the end of the period. About diabetics, 16 were with exams day, we arrived at 18 at the end of the study were 17 Moreover, all users had updated risk stratification and none underwent dental evaluation (although they received orientation). We understand ourselves as part of the process and call the user to be understood also, which improved the effectiveness of the work, adherence to treatment and increased the bond between the team and the community.

Keywords: Family, Primary Health Care, Chronic Disease, Diabetes Mellitus, Hypertension

APRESENTAÇÃO

O presente trabalho teve como objetivo geral Melhorar a atenção aos adultos com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde da Família de Rio Bonito, município de Nova Friburgo – RJ.

A intervenção evidenciou a importância da temática despertando nos profissionais da equipe de saúde, pertencentes à unidade referida, a relevância desta ação para a comunidade. Ademais, contribuiu para melhoria dos registros e o monitoramento das ações realizadas com hipertensos e diabéticos.

No primeiro capítulo, é exposta a análise situacional, apresentando-se o município ao qual pertence à unidade em questão, a descrição da unidade e uma análise do processo de atenção à saúde realizado.

No segundo capítulo, é descrita a análise estratégica utilizada, apresentando os objetivos, as metas do projeto, a metodologia e as ações propostas para a intervenção, detalhando indicadores, metas, logística e cronograma.

No terceiro capítulo, é apresentado o relatório de intervenção, demonstrando as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, as ações que não foram desenvolvidas, as dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados e por fim, uma análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço.

O quarto capítulo apresenta uma avaliação da intervenção com análise e discussão de seus resultados além do relatório da intervenção para os gestores e para a comunidade.

No quinto capítulo está apresentada uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

Em seguida tem-se a bibliografia utilizada para este trabalho e, ao final, os anexos que serviram como orientação para o desenvolvimento desta ação.

1. Análise Situacional

1.1. Situação da ESF em nosso Serviço

A Unidade de Saúde da Família de Rio Bonito localiza-se na zona rural de Nova Friburgo - RJ. Nossa equipe possui: 1 enfermeira, 1 médico, 1 técnica em enfermagem e 6 agentes comunitários de saúde, além de um motorista que atende a quatro unidades, além da nossa. A sede da unidade fica a 02h e 15min do centro da cidade. O caminho é em estrada sem calçamento, em péssimas condições. Não há sinal de telefonia celular ou internet. Atendemos a cinco localidades: Rio Bonito da Praça (sede), Rio Bonito de Baixo, Cabeceira de Rio Bonito, Galdinópolis e Macaé de Cima. Nosso público é de cerca de 460 famílias e 1085 pessoas.

A população é predominantemente feminina (554 mulheres), adulta (741 pessoas entre 20 e 59 anos) e idosa (223 pessoas com 60 anos ou mais), rural, de baixa escolaridade, com um alto percentual de analfabetos absolutos e funcionais. As doenças de maior prevalência são a Hipertensão Arterial (141 pessoas) e o Diabetes Mellitus (22 pessoas). Nos últimos anos, pudemos perceber um aumento nos óbitos por neoplasias, que acreditamos dever-se ao uso de agrotóxicos nas lavouras.

A unidade sede tem 1 recepção, 1 consultório e 1 sala que funciona como farmácia, almoxarifado, sala de curativo e sala de pesagem, 2 banheiros: para a equipe e usuários, 1 cozinha no andar inferior, onde há uma ante-sala, anexa. Nas subunidades atendemos em salas anexas às igrejas ou em pequenas estruturas, com pouco recurso físico e repletas de mofo. Dada a precariedade das instalações, o médico e a enfermeira alternam-se nos consultórios, atendendo. Assim sendo, de maneira geral, atendemos em localidades distintas. Atendemos a todos os programas preconizados pelo Ministério da Saúde, mas, em Nova Friburgo, há uma Portaria Municipal que impede a prescrição de medicamentos e solicitação de exames por parte de profissionais não médicos e, embora haja um protocolo de atuação de enfermagem publicado, ainda não há embasamento legal para estas ações. Assim, como as consultas de pré-natal demandam uma maior solicitação de exames, é o médico da unidade quem o faz rotineiramente. Entretanto, sempre que há necessidade, a enfermeira também realiza consultas de pré-natal mas as prescrições

e solicitações de exames decorrentes das consultas são feitos pelo médico. Há, na unidade, uma média diária de 20 consultas médicas.

Por sugestão de duas ACS, criamos o dia do homem na unidade e utilizamos a campanha de vacinação contra a gripe para trazermos os homens para a unidade, através da aferição de pressão arterial, glicemia capilar, distribuição de preservativos e outras atividades. Ainda neste sentido, criamos a campanha “Macho que é Macho se cuida”, com a colocação de cartazes na comunidade com um chamamento para que os homens frequentem a unidade de saúde.

Dada a itinerância, é difícil a realização de grupos, um dos maiores pesares com relação ao trabalho na USF. Atualmente é realizado um grupo de terapia comunitária, semanalmente, por uma ACS mas infelizmente não consegui participar. A comunidade comenta ser esta uma experiência muito proveitosa para as pessoas se abrirem, falarem de seus problemas. Eles descrevem como o AA (Alcoólicos Anônimos) dos problemas.

Todos os 1085 usuários de nossa população são cadastrados em nossa Unidade de Saúde, o que mantém nossa cobertura em 100%. Entretanto, quase anualmente somos solicitados pelo município para aumentarmos nossa área de abrangência, devido ao baixo número de usuários e famílias. Entretanto, consideramos inviável esta possibilidade dadas as grandes distâncias, já que isto nos faria ter que dispor de mais uma localidade de atendimento, prejudicando as já existentes.

O agendamento das consultas é feito pelos ACS, exceto onde temos defasagem de ACS, em que atendemos por livre demanda. Atendemos a todos os programas todos os dias, com exceção do preventivo, que é sempre pré-agendado, devido à organização da sala para este tipo de exame, que precisa de espaço e privacidade, e rotineiramente não dispomos deste espaço físico.

Os relatórios (PMA2,SSA2, BPA, entre outros) são feitos pela enfermeira ou pela técnica em enfermagem. Ainda preenchemos pedidos de almoxarifado, medicamentos, entre outros. Há ainda as consultas e exames complementares, questão marcados pelo Sistema de Regulação - SISREG. Como a unidade não sinal tem internet, enfermeira e técnica de enfermagem da unidade marcam as consultas em suas residências, em internet custeada por meios próprios.

Não temos acesso ao sistema para envio do SIAB, a produção é entregue pelos ACS e com ela é preenchida a ficha o SIAB, que é entregue manuscrita para a

coordenação de saúde da família, que repassa os dados ao sistema. A produção da enfermeira, da técnica de enfermagem e do médico é feita através da ROA e compõe SIAB e BPA.

O município não conta com um Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF e em termos de unidades de referência, contamos com 1 hospital geral, 1 hospital maternidade e uma Unidade de Pronto Atendimento - UPA. Há 4 policlínicas públicas para o atendimento de especialidades, 3 laboratórios de patologia clínica e 2 clínicas para diagnóstico por imagem, ambos particulares e conveniados ao SUS. Em Nova Friburgo não há tratamento oncológico, os usuários deslocam-se até o Rio de Janeiro (cerca de 3 horas), ou até Teresópolis e Petrópolis (há 2 horas e 30 minutos, aproximadamente). Há um hemocentro construído, porém inativo, assim como há 2 ambulâncias de SAMU mas o serviço de atendimento móvel de urgência não foi implantado.

A rede pública de atendimento em saúde está totalmente desestruturada. Não há angiologista ou cirurgião vascular pelo SUS, o que agrava demasiadamente o caso de pessoas que aguardam por atendimento, levando, por exemplo, à amputação de membros de maneira muito mais radical do que seria se tratado precocemente.

No município há um CAPS e alguns usuários de nossa unidade são acompanhados também naquela unidade de saúde.

Em minha unidade não há articulação com as universidades, apesar de haver, por exemplo, uma universidade particular que tem o curso de enfermagem na cidade. Há uma faculdade de odontologia ligada à Universidade Federal Fluminense – UFF, que presta serviços à comunidade em sua clínica-escola. Não há Centro Especializado em Odontologia (CEO).

Nossa relação com a comunidade é, em quanto mais distante a localidade, melhor. Há um carinho, uma gratidão muito grande conosco. Temos excelente relação com as igrejas do local, tanto que atendemos em muitas comunidades em dependências da própria igreja. Com relação à escola, sempre que podemos fazemos o "link", apesar de a receptividade ser ruim.

Já com a Ação Rural (associação de moradores) nosso relacionamento é ruim. Nossa sede fica em um prédio cedido onde também funciona a ação rural. A presidente da ação de moradores insiste em tentar interferir no trabalho da unidade de saúde, excitando a população contra a equipe de saúde, dando a entender que

não trabalhamos todos os dias, já que não atendemos todos os dias na comunidade sede.

Na cidade o conselho de saúde é atuante, porém pouco nos auxilia, tendo postura mais de opositor ao governo do que auxiliando servidores e população.

Há 1 ano e meio, ministramos ao grupo um curso de atualizações em atenção básica, abordando os temas que julgávamos importantes e também os que despertavam curiosidade da equipe. Sempre que podemos realizamos atividades de educação permanente. Já o município investe muito pouco em treinamentos e cursos e os que temos o privilégio de participar são do governo do estado, geralmente. Além de não oferecê-los, o município também não incentiva nem ajuda a custear nossa participação.

1.2. Relatório de Análise Situacional

O município de Nova Friburgo localiza-se na região serrana do Estado do Rio de Janeiro, distando 136 km da capital fluminense. Ocupa uma área de 933,414 km² e compreende os distritos de Riograndina, Campo do Coelho, Amparo, Lumiar, Conselheiro Paulino, São Pedro da Serra e Mury. A população, de acordo com o censo do IBGE de 2010, era de 202.085 habitantes. As principais atividades econômicas são baseadas em: indústria de moda íntima, floricultura, caprinocultura e indústria (têxteis, vestuário, metalúrgicas e turismo).

Há no município 15 Unidades com Estratégia de Saúde da Família, 5 Unidades Básicas de Saúde com atendimentos de especialidades, 1 CAPS (sem atendimento para álcool e drogas), 1 Hospital Maternidade, 1 Unidade de Pronto Atendimento – UPA e 1 Hospital Geral que é referência para todos os municípios vizinhos. Conforme citado anteriormente, o município não conta com um Núcleo de Apoio à Saúde da Família, há 3 laboratórios de patologia clínica credenciados e 2 clínicas para diagnóstico por imagem. Neste município não há tratamento oncológico, os usuários deslocam-se para o Rio de Janeiro ou até Teresópolis e Petrópolis. Há um hemocentro inativo, assim como o serviço móvel de urgência – SAMU, que ainda não foi iniciado. Há desestruturação da rede pública de atendimento em saúde, faltando diversos especialistas, destacando-se angiologista e cirurgião vascular, que não há sequer um profissional na rede pública no

município. Para outras especialidades, como ortopedia, por exemplo, a solução encontrada pela gestão foi credenciar ao SUS uma clínica privada que disponibiliza vagas para o SUS. A marcação da maioria dos exames e especialidades é feita pelos profissionais da unidade, através do sistema de regulação (SISREG).

A Unidade de Saúde da Família de Rio Bonito é rural, tradicional, com uma equipe de saúde da família composta por 1 enfermeiro, 1 médico, 1 técnico em enfermagem, 6 agentes comunitários de saúde.. Atendemos a aproximadamente 460 famílias, em torno de 1.085 pessoas em cinco comunidades distintas, a longas distâncias uma das outras. Atuamos de maneira itinerante e temos uma sede, onde atendemos duas vezes por semana. Nossa unidade é mantida pelo SUS junto ao município e não há vinculação com quaisquer instituições de ensino. Na unidade sede, há 1 consultório sem banheiro, 1 sala de enfermagem também utilizada como farmácia, almoxarifado e sala de procedimentos, 1 recepção que também é a sala de espera, 1 cozinha, 1 antessala da cozinha (antiga sala de coleta de sangue itinerante) que atualmente é nosso depósito de lixo, além de 2 banheiros: 1 para os usuários e 1 para a equipe. Nossa unidade tem acesso por escadas e portas muito estreitas, o que dificulta o acesso de pessoas com mobilidade comprometida. Nas outras subunidades atendemos em pequenas saletas cedidas pela comunidade. Nossa unidade sede também é cedida pela ação rural local. Uma vez que contamos com apenas 1 consultório, enfermeira e médico revezam-se em seus locais de atendimento. A acessibilidade é precária e acabamos por atender em visitas domiciliares as pessoas com maior dificuldade de locomoção.

Assim como citei anteriormente, atendemos 1.085 pessoas, de faixa etária variável, predominantemente mulheres (554) e 223 idosos, um número bem acima da média nacional, segundo o último censo do IBGE, em que a população idosa representava 8,6% da população. Avaliando-se numericamente, seria cabível considerar que atendemos a um número pequeno de famílias e pessoas. Entretanto, dadas as longas distâncias, ficaria muito difícil agregar outra comunidade à nossa, uma vez que teríamos que viabilizar mais um dia de atendimento. Desta maneira, tentamos oferecer o melhor atendimento possível à nossa pequena população, ainda que com a atual estrutura não seja o ideal. A equipe atua de forma multiprofissional e o excelente relacionamento entre seus membros, o que propicia a facilitação do processo de trabalho. Embora fosse necessário mais dois Agentes Comunitários de

Saúde, o trabalho da equipe flui de maneira sólida e fazemos o possível para que o atendimento à população não fique prejudicado em consequência da falta ACS. Neste contexto, fizemos uma redistribuição das microáreas sem ACS para que não ficassem desassistidas. Dois dos ACS ficaram com um maior número de famílias e os usuários que ficaram sem ACS são os das residências mais próximas à unidade de saúde, facilitando a busca ativa e o acesso tanto da equipe quanto da população.

Como atuamos de forma itinerante, os usuários acostumaram-se a não nos procurar em casos de urgência, já que estamos cada dia em uma comunidade diferente. Desta forma, dirigem-se quase sempre ao hospital geral da cidade e nossa demanda espontânea é sempre baixa, sendo absorvida pelo serviço sem maiores intercorrências. Nos dias em que há muitos usuários em casos de urgência, todos são atendidos pela enfermeira da unidade e é feita uma classificação de risco. Casos não tão urgentes são agendados para o próximo dia de atendimento, mas todos os usuários são acolhidos e atendidos pela equipe no mesmo dia em que procuram a unidade.

Com relação à saúde da criança, temos apenas 7 crianças menores de dois anos e suas consultas estão em dia, todas as crianças passam por triagem auditiva, oftalmológica e pelo teste do pezinho antes de completarem 1 semana de vida, apesar de notarmos que as mães demoram muito a retornar à unidade de saúde onde o teste do pezinho foi realizado para busca dos resultados, tendo muitas vezes que serem lembradas por nós. Dada a itinerância de nossos atendimentos, temos extrema dificuldade em realizar a primeira consulta na primeira semana de vida, mas realizamos, nos demais meses, até mais do que o Ministério da Saúde preconiza. Realizamos uma consulta mensal de puericultura para crianças até um ano. No segundo ano de vida, de 2 em 2 meses e até o 5º ano de 6 em 6 meses, desde que não haja doenças agudas ou intercorrências no período.

Apesar de não possuímos serviço de odontologia em nossa unidade, nossas crianças são avaliadas quanto à saúde bucal pelo médico e a enfermeira da unidade e as mães são orientadas quanto à higiene e cuidados com chupetas e mamadeiras, ainda que estas sejam contra-indicadas. Quando há necessidade, são encaminhadas ao serviço de referência. O primeiro ponto a ser melhorado é conseguir instituir a primeira consulta da criança na primeira semana de vida. Outro ponto importante é a criação de grupos de puérperas com seus bebês, a fim de enfatizar o aleitamento

materno e sanar dúvidas com relação a este e outros assuntos da saúde do bebê e estas orientações acabam por acontecer durante as consultas. Além do exposto, a questão vacinal, é difícil, já que a rede elétrica na localidade da unidade é muito instável, não permitindo que se armazene imunobiológicos com segurança. Desta forma, as mães têm que se deslocar para levar seus filhos à vacinação no centro da cidade. Algumas ações, como a vacinação itinerante, por exemplo, dependem do poder público. Outras, às vezes bem resolutivas, como a avaliação periódica das cadernetas, depende apenas de nós e fazem toda a diferença para colocarmos em prática o SUS que queremos. Utilizamos dos Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde para nortear planejamento e execução dessas ações, bem como a educação em saúde.

Em se tratando de pré-natal, nosso detector fetal havia sido encaminhado ao conserto e ficamos por meses sem esta atividade. Havia 3 gestantes em nossa área de cobertura, todas elas fazendo pré-natal em outras unidades de saúde e em algumas delas (unidades de referência) também não havia detector fetal, situação denunciada ao ministério público. Atualmente, todas as gestantes acompanhadas em nossa unidade de saúde permanecem com as consultas em dia e geralmente iniciam o pré-natal no primeiro trimestre, entretanto, tivemos conhecimento de uma gestante de 33 semanas sem qualquer consulta de pré-natal, que estava escondendo a gestação da família. Mesmo sem o detector fetal, solicitamos os exames laboratoriais, ultrasonografia e consulta em uma unidade de referência. Sabendo da demora nos resultados de exames, também solicitamos teste rápido de sífilis e HIV. Ainda na primeira consulta, todos os exames laboratoriais de rotina são solicitados, bem como é verificada a situação vacinal e é iniciada a complementação de sulfato ferroso e ácido fólico (que algumas vezes é iniciado já quando a mulher manifesta o desejo de engravidar). Entretanto, temos resistência de algumas gestantes com relação à vacinação contra Hepatite B e por isso optamos por fazê-la sempre no 2º trimestre. Isto ocorre talvez devido ao baixo nível de entendimento da população e a solução que encontramos foi fazê-la no segundo trimestre, conforme explicitado anteriormente. Durante toda a gestação é feita a avaliação ginecológica da gestante, ressaltando, inclusive, a necessidade do uso de preservativos também durante a gestação. Também é realizado, em todas as consultas, a orientação com relação à amamentação (aleitamento materno exclusivo até 6 meses e complementar até 2

anos ou mais) e sua importância. Não adotamos protocolos ou manuais técnicos próprios para o atendimento de gestantes, orientamo-nos pelos manuais do Ministério da Saúde, disponíveis na Unidade de Saúde. Uma ferramenta de trabalho importante que não utilizamos é a participação em grupos. O pequeno número de gestantes dificulta o desenvolvimento de grupos na unidade de saúde, mesmo o de puérperas, que é tão importante, já que a mãe, ao amamentar seu bebê, fica repleta de dúvidas e incertezas que podem culminar no abandono do aleitamento e, se diagnosticadas precocemente podem ser esclarecidas e sanadas por um profissional de saúde. Tentamos suprimir a falta de grupos com a educação em saúde individual. Um ponto a ser modificado está no atendimento da gestante, já que se poderia aproveitar o pequeno número de pessoas para intensificar/melhorar a qualidade de saúde e dos atendimentos dessas mulheres.

As ações referentes ao câncer do colo de útero e mama se dão na realização do exame ginecológico, situação em que colhemos o preventivo e avaliamos as mamas, facilitando assim o acesso aos exames e evitando que as mulheres tenham que ir várias vezes à unidade. Nossa população feminina é de 554 mulheres e estimamos que em torno de 450 estejam em idade de realização de preventivo de câncer cérvico-uterino e/ou mamografia. De qualquer maneira, quaisquer mulheres interessadas em fazer os exames, têm acesso. Nossa cobertura é baixa, acredito que devido ao fato de culturalmente, as mulheres daquela localidade acreditarem que não precisem mais cuidar-se em questões sexuais quando interrompem a prática sexual. Então, utilizamos a sala de espera para a prática de educação em saúde na modalidade de grupo para desenvolver o tema com a participação dos usuários, esclarecendo dúvidas coletivamente mas também de forma individual. Acreditamos que ações de esclarecimento sobre o exame preventivo de colo uterino e mamografia, bem como a importância do exame clínico das mamas e sua eficiência no Sistema Único de Saúde poderiam estimular as mulheres a procurarem a unidade de saúde, uma vez que, condicionadas à rede particular, muitas vezes atrasam ou deixam de fazer seus exames por falta de dinheiro. Não trabalhamos com protocolos próprios, embora sigamos as orientações dos manuais do Ministério da Saúde, disponíveis na Unidade de Saúde e seguimos um fluxo de atendimento próprio do município para usuários com resultado alterado ou com resultado normal, mas que o exame clínico apresente suspeitas.

Orientamos sempre as mulheres e seus familiares sobre a importância não só da realização dos exames como também da busca pelo resultado e apresentação do mesmo à equipe de saúde. Foi na ocasião da coleta de preventivo, durante a palpação das mamas de uma senhora de 89 anos, que descobrimos uma neoplasia de mama. Felizmente o diagnóstico foi precoce a usuário está bem. Neste sentido, a estratégia de saúde da família promove vínculos extremamente importantes entre a equipe e os usuários, facilitando a adesão aos tratamentos e o acompanhamento do desenrolar do eixo prevenção, diagnóstico e tratamento.

Para o controle de usuários com diabetes e/ou hipertensão arterial, utilizamo-nos dos dados do SIAB, dos cadastros do HiperDia e dos registros em prontuário para preencher o caderno de ações programáticas. Além disso, em nossa unidade, temos um controle de Hipertensão e Diabetes que pode ser feito ou em um folheto avulso, próprio da unidade, entregue aos usuários ou na Caderneta de Saúde do Idoso. Nestes controles cabem, de maneira geral, os dados de acompanhamento (data, peso, PA, glicemia capilar e profissional executante) de um ano de atendimento.

Também no que tange à atenção a hipertensos e diabéticos, não temos protocolos próprios da unidade e orientamo-nos pelos manuais do Ministério da Saúde, todos disponíveis na unidade. Entretanto, preenchendo o caderno de ações programáticas, identificamos vários pontos a serem melhorados em nosso serviço e um deles é a criação de protocolos para todos os programas e principalmente no que diz respeito a hipertensão arterial e diabetes mellitus, a estratificação de risco cardíaco dos usuários bem como a avaliação dos pés, contando com teste de sensibilidade e palpação de pulsos. Estratificando o risco, poderemos intervir de maneira mais adequada, principalmente no que se refere às comorbidades dos usuários, evitando internações e seqüelas decorrentes destas comorbidades. Acreditamos que haja a possibilidade de melhorar o atendimento, principalmente inserindo no atendimento a estratificação de risco cardiovascular e a inserção de grupos, tornando a unidade mais interessante e menos “impositora” aos usuários de saúde.

Embora entendamos a hipertensão arterial como uma doença assintomática, silenciosa e que muitas vezes tem seu diagnóstico tardio, nosso número de usuários cadastrados (141) é o número de usuários diagnosticados, já que lidamos com um

número pequeno de famílias e pessoas. Entretanto, quando estimamos de acordo com a população geral, nossa cobertura parece menor do que efetivamente é. O importante, tanto em Hipertensão Arterial quanto em Diabetes Mellitus, é o diagnóstico precoce e o controle rígido dos níveis pressóricos e de glicemia, para que se evitem as comorbidades e as internações, já que ambas podem tornar-se criadores de seqüelas e incapacitantes. O ideal de manter controlada a saúde de um usuário é que ele possa ter considerável qualidade de vida.

Embora todos os usuários hipertensos e diabéticos estivessem cadastrados, 141 hipertensos e 22 diabéticos, sendo, deste quantitativo, 13 hipertensos e diabéticos simultaneamente. O cadastro existente na unidade de saúde era obsoleto e as ações não eram executadas de forma planejada até o início da intervenção.

Outro problema conhecido em nossa área é a grande quantidade de usuários de álcool, que, ao optar entre o consumo de álcool e o correto uso da medicação anti-hipertensiva, opta pelo consumo de álcool e muitas vezes abandona o tratamento, retornando apenas quando está em crise hipertensiva, com sintomas. Também há a recusa, principalmente por parte dos homens, pela vulnerabilidade social que representa o fato de freqüentar uma unidade de saúde. Para tentar desconstruir esta idéia, criamos uma campanha “Macho que é macho se cuida!”, abrindo a unidade para os homens aferirem pressão arterial, glicemia e peso, sem agendamento prévio, só por “curiosidade”. A partir do primeiro atendimento, envolvemos os usuários também nas ações de prevenções de DST/AIDS e tentamos mantê-los sempre próximos à unidade de saúde.

Os 223 idosos vêm sendo acompanhados em nossa unidade mais pelas patologias das quais são portadores do que pela sua condição de idoso. Algumas poucas cadernetas de saúde do idoso foram feitas, mas um maior número de cadernetas já foram solicitadas à coordenação correspondente para que todos os idosos possuam esta caderneta.

Em nossa unidade não realizamos Avaliação Multidimensional Rápida. O que realizamos é a avaliação dos riscos para morbimortalidade, os indicadores de fragilização da velhice, estimulamos hábitos alimentares saudáveis e a prática regular de atividades físicas.

Apesar de não termos o profissional odontólogo em nosso quadro, médico e enfermeira orientamos os usuários quanto à saúde bucal, incluindo a higienização de

próteses. Pensamos que a introdução de atividades de grupo na unidade faria com que um maior número de idosos frequentasse regularmente a unidade. Pensamos em grupo para atividades cotidianas: artesanato, orações, entre outros. A comunidade onde atuamos tem uma predominância católica muito significativa e podemos nos utilizar da fé que os une para aproximarmos os usuários à unidade de saúde.

Além disso, solicitamos a construção de uma rampa no acesso à unidade, facilitando o acesso não só aos idosos como às pessoas portadoras de dificuldades de locomoção.

Com relação a todas as ações programáticas, ainda bem, temos a participação de todos os membros da equipe multiprofissional e temos excelente relacionamento interpessoal e com a comunidade.

Atualmente nosso maior desafio ainda é o pouco tempo que conseguimos permanecer na unidade, já que o transporte público é muito escasso e passamos mais tempo no transporte coletivo do que dentro da unidade, dadas as distâncias. Assim sendo, acabamos por negligenciar ações tão importantes quanto a realização de grupos. Entretanto, a pequena população adscrita tem maior atenção e facilidade de relacionamento com a equipe, já que não faltam vagas para atendimento, o que nos permite desprender maior tempo e atenção aos usuários. Esse é um ponto positivo muito forte de nosso trabalho: conhecemos todos os usuários pelo nome, eles nos conhecem pelos nomes, favorecendo o engajamento e consequente comprometimento de ambas as partes.

1.3. Comentário comparativo entre Situação da ESF e o Relatório de Análise Situacional

A principal diferença percebida entre o primeiro relatório e o relatório final é que no primeiro, focávamos em apontar os defeitos do serviço de saúde não só de nossa unidade, mas de todo o município, sem apontar soluções. Já para relatório final, conseguimos entender melhor as falhas de nossa unidade principalmente visualizando, semana a semana, pontos que podem ser melhorados e indicando soluções para a maioria dos vieses presentes em nosso trabalho.

Ter a atitude de aceitar que falhamos, mostra que somos fortes e ao mesmo tempo, humildes e compreender que somos imperfeitos. Não é ser conivente com nossos erros, mas aprender com eles, com paciência e responsabilidade. Quem não tolera os próprios erros, não tolera também os erros alheios e está constantemente cobrando e reclamando. Torna-se rígido, autoritário, inflexível, difícil de se conviver, pois não aceita nem os pequenos erros das outras pessoas.

As necessidades de modificação apontadas não foram desenvolvidas ainda em forma de ações, muito embora o planejamento das ações tenha se dado de forma a orientar o que será feito tanto na intervenção quanto nas atividades cotidianas da unidade após a intervenção.

Os manuais do Ministério da Saúde que não estavam disponibilizados na unidade começaram a ser providenciados, a fim de amparar a modificação das ações.

Muito pouco foi desenvolvido desde o primeiro relatório da situação da APS mas acreditamos na modificação que será provocada pela intervenção.

A Estratégia de Saúde da família nos permite avaliar constantemente nosso serviço e corrigir o que julgamos necessário. Desta maneira, nos aproximamos ainda mais dos usuários, nos fidelizamos e temos a fidelização deles, proporcionando, desta forma, o engajamento de ambas as partes no processo de saúde-doença, efetivando a terapêutica e obtendo melhores resultados.

Após o caderno de ações programáticas ser respondido, decidimos realizar grupos o quanto antes e elaborar protocolos e rotinas que facilitem e padronizem nosso trabalho, até mesmo na melhora dos registros para que possamos avaliar periodicamente nosso trabalho.

Após o início da Especialização, temos conseguido aumentar nossa governabilidade sobre os problemas encontrados na UBS, tenho delegado mais funções e tentado facilitar o processo de trabalho, assim como melhorado ainda mais a relação com a comunidade.

Os problemas de estrutura física permanecem os mesmos, mas nossa vontade de fazer diferente e chegar bem mais perto do SUS que sonhamos, aumentou a cada semana de curso.

2. Análise Estratégica – Projeto de Intervenção

2.1. Justificativa

A hipertensão afeta de 11 a 20% da população adulta com mais de 20 anos sendo responsável por cerca de 85% dos acidentes vasculares encefálicos (AVE) e 40% dos infartos do miocárdio. Já o diabetes acomete cerca de 7,6% da população e é responsável, com frequência, por invalidez parcial ou total do indivíduo, com graves repercussões para o indivíduo, sua família e a sociedade. A possibilidade de associação das duas doenças é da ordem de 50%, o que requer, na grande maioria dos casos, o manejo das duas patologias em um mesmo usuário. Assim há a necessidade de uma abordagem conjunta, justificando-se pela apresentação de fatores comuns às duas patologias, tais como: etiopatogenia, fatores de risco, cronicidade, necessidade de controle permanente, entre outros. Vale ressaltar que investir em prevenção é fundamental no caso dessas patologias e que cerca de 60 a 80% dos casos podem ser tratados na rede básica. Assim há a necessidade de implementações de intervenções referentes a essas duas patologias voltadas e planejadas em cima das necessidades de cada população.(BRASIL, 2013)

A partir da análise situacional realizada na Unidade de Saúde da Família de Rio Bonito, no município de Nova Friburgo/ RJ percebemos grande prevalência de usuários (150) com diagnóstico de hipertensão e/ou diabetes. Além disso, essa população caracterizava-se por idosos e muitas pessoas que fazem uso regular de bebida alcoólica e fumo. A análise ainda demonstrou que a cobertura para hipertensos girava em torno de 70% para os hipertensos e 88% para os diabéticos, isto levando em conta as estimativas a partir de dados do Ministério da Saúde. Entretanto, temos motivos para acreditar que a cobertura antes da intervenção era de 100%, já que todos os usuários acompanhados pela unidade de saúde eram rastreados e cadastrados como hipertensos e diabéticos, quando fosse o caso. Entretanto, alguns indicadores, como a estratificação de risco cardiovascular e a avaliação do pé diabético apresentaram valores muito baixos, de 8% apenas. Em análise realizada nos registros da unidade de saúde, havia um grande número de usuários faltosos às consultas ou que não frequentavam a unidade de saúde periodicamente (em torno de 35 pessoas entre hipertensos, diabéticos e hipertensos

e diabéticos). Assim, entendemos que prestávamos um serviço, embora abrangente, de baixa qualidade e efetividade e vislumbramos a importância de melhorar a qualidade do serviço prestado à nossa população.

Assim sendo, este projeto se propôs a realizar de uma intervenção em hipertensos e diabéticos cadastrados e acompanhados pela unidade de saúde da família de Rio Bonito, tendo como meta o cadastramento e acompanhamento de 100% dos usuários nestas condições, a melhora no atendimento de 100% dos usuários citados, incluindo nas consultas e acompanhamento destes a estratificação de risco cardíaco.

A intervenção dar-se-á no sentido de melhorar o acesso e a qualidade das ações de saúde a usuários hipertensos e diabéticos e minimizar as complicações da HAS e do DM, as seqüelas e deformidades provenientes destas complicações, melhorar a qualidade de vida dos usuários e da família destes atendidos pela unidade de saúde e reduzir inclusive o gasto de dinheiro público no atendimento e internação de usuários que sofrem com estas complicações.

2.2. Objetivos e Metas

2.2.1. Objetivo geral:

Melhorar a atenção aos adultos com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde da Família de Rio Bonito, município de Nova Friburgo – RJ.

2.2.2. Objetivos específicos:

- 1) Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos da Unidade de Saúde da Família de Rio Bonito;
- 2) Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa de atenção ao hipertenso e ao diabético;

- 3) Melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde;
- 4) Melhorar o registro das informações sobre hipertensos e diabéticos da unidade;
- 5) Mapear hipertensos e diabéticos com risco para doença cardiovascular;
- 6) Promover saúde para usuários hipertensos e diabéticos da unidade de saúde da família de Rio Bonito.

2.2.3. Metas

Relativo ao objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos da Unidade de Saúde da Família de Rio Bonito

- 1) Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde;
- 2) Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Relativo ao objetivo 2: Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa de atenção ao hipertenso e ao diabético;

- 1) Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada;
- 2) Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada;

Relativo ao objetivo 3: Melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde;

- 1) Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos;
- 2) Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos;
- 3) Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo;

- 4) Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo;
- 5) Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde;
- 6) Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde;

Relativo ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações sobre hipertensos e diabéticos da unidade;

- 1) Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde;
- 2) Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde;

Relativo ao objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos com risco para doença cardiovascular;

- 1) Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde;
- 2) Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde;

Relativo ao objetivo 6: Promover saúde para usuários hipertensos e diabéticos da unidade de saúde da família de Rio Bonito.

- 1) Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.
- 2) Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos;
- 3) Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos usuários hipertensos;
- 4) Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos usuários diabéticos;

- 5) Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo e etilismo a 100% dos usuários hipertensos;
- 6) Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo e etilismo a 100% dos usuários diabéticos.

2.3. Metodologia

A intervenção será realizada durante 04 meses na Unidade Básica de Saúde da Família de Rio Bonito, no município de Nova Friburgo – RJ e para realização adotaremos como direcionador das ações os Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde (Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Obesidade e Prevenção de Doença Cardiovascular, Cerebrovascular e Renal Crônica). Utilizaremos as fichas de cadastro e de acompanhamento diário do programa HIPERDIA para acompanhamento e avaliação da intervenção programática. Esse registro será de competência do enfermeiro. Além dos documentos supracitados, será utilizada uma ficha espelho para acrescentar algumas informações, como estratificação de risco cardiovascular, por exemplo. Pretende-se, através destes registros, rastrear a HAS e DIA em 100 % da população adulta a partir dos 20 anos de idade, e para tanto, haverá momentos de estudos dos Protocolos, com toda a equipe. Esses estudos serão realizados semanalmente durante um turno.

2.3.1. Ações

Para contemplar os objetivos propostos e as metas assumidas serão desenvolvidas ações em quatro eixos centrais: Monitoramento e Avaliação, Organização e Gestão do Serviço, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica.

Objetivo específico 1 . Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos

Meta1. Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Meta 2 . Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Ações:

1. Monitoramento e avaliação:

- 1.1. Monitorar o número de hipertensos/diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Detalhamento: Observaremos a atualização das fichas cadastrais e prontuários de usuários de usuários hipertensos e/ou diabéticos atendidos em nossa unidade de saúde, semanalmente.

2. Organização e Gestão no serviço:

- 2.1. Garantir o registro dos hipertensos/diabéticos cadastrados no Programa.
- 2.2. Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e DM.
- 2.3. Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e de realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento: Todos os usuários atendidos na unidade terão seus dados devidamente registrados em prontuário e em fichas auxiliares, como a ficha espelho. O acesso às consultas será facilitado para usuários hipertensos e/ou diabéticos e incentivado a receptividade dos profissionais através da capacitação da equipe e reserva de vagas para consultas. Será calibrado o material para tomada de pressão arterial e hemoglicoteste através de verificação semanal dos aparelhos e envio à empresa de manutenção.

3. Engajamento público:

- 3.1. Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- 3.2. Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

- 3.3. Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.
- 3.4. Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Será difundido pelos ACS na comunidade a notícia de que há na Unidade de Saúde atendimento aos usuários hipertensos e/ou diabéticos. Além disso, serão divulgados dados sobre prevenção de doenças à população, importância do rastreamento para Diabetes Mellitus em adultos hipertensos e sobre os perigos da associação entre hipertensão e diabetes.

4. Qualificação da prática clínica:

- 4.1. Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos/diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.
- 4.2. Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito, e para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento: Será feita capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde sobre o cadastramento de usuários hipertensos e diabéticos na primeira semana de intervenção. A equipe também será capacitada quanto a verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Objetivo específico 2 . Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa

Meta 1 . Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 2 . Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Ações:

1. Monitoramento e avaliação:

- 1.1. Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento: Realizar planilha de controle de usuários hipertensos e diabéticos constando de data da última consulta e data máxima para a próxima consulta prevista.

2. Organização e Gestão no serviço:

- 2.1. Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos
- 2.2. Organizar a agenda para acolher os hipertensos/ diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Basear-se na planilha de controle de consultas de hipertensos e diabéticos para efetuar busca ativa. Reservar na agenda duas vagas por turno para atendimento de usuários hipertensos e /ou diabéticos provenientes de busca ativa.

3. Engajamento público:

- 3.1. Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- 3.2. Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão/ diabetes (se houver número excessivo de faltosos).
- 3.3. Esclarecer aos portadores de hipertensão/ diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Serão realizadas atividades de orientação sobre a importância da realização das consultas de acordo com a periodicidade determinada. A comunidade será consultada, através de caixas de sugestões e verbalmente, sobre estratégias para que não ocorra evasão de usuários hipertensos ou diabéticos. Será feita a divulgação sobre a periodicidade preconizada para a realização de consultas.

4. Qualificação da prática clínica:

- 4.1. Treinar os ACS para a orientação de hipertensos/ diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: Na primeira semana será feita uma capacitação de ACS para a orientação dos usuários quanto à periodicidade de consultas e realização das mesmas.

Objetivo específico 3 . Melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde

Meta 1 . Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 2 . Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Ações:

1. Monitoramento e avaliação:

- 1.1. Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos/ diabéticos.

Detalhamento: Confeccionar e preencher planilha com dados de usuários hipertensos e diabéticos com alguns pré-requisitos para estabelecer se o exame clínico foi adequado durante a consulta.

2. Organização e Gestão no serviço:

- 2.1. Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos/diabéticos.
- 2.2. Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.
- 2.3. Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.
- 2.4. Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento: Serão estabelecidas atribuições dos membros da equipe com relação ao exame clínico de usuários hipertensos ou diabéticos. No mesmo momento, será realizada capacitação dos funcionários sobre hipertensão e diabetes e delimitado a periodicidade com a qual funcionários receberão capacitações de atualização. A versão atualizada do protocolo (Manuais do

Ministério da Saúde) serão impressas e disponibilizadas na unidade, para que possam ser consultados com facilidade.

3. Engajamento público:

- 3.1. Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento: Disponibilizar orientações aos usuários da unidade de saúde e comunidade sobre os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão/diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

4. Qualificação da prática clínica:

- 4.1. Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento: Realizar capacitação de equipe sobre a realização de exame clínico de acordo com o protocolo.

Meta 3 . Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 4 . Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Ações:

1. Monitoramento e avaliação:

- 1.1. Monitorar o número de hipertensos/diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.
- 1.2. Monitorar o número de hipertensos/diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: Confeccionar e preencher planilha com dados dos usuários hipertensos e /ou diabéticos da unidade quanto aos exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo.

2. Organização e Gestão no serviço:

2.1. Garantir a solicitação dos exames complementares.

2.2. Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

2.3. Estabelecer sistemas de alerta para os exames complementares preconizados.

Detalhamento: Capacitar os membros da equipe quanto à solicitação de exames complementares. Solicitar junto ao gestor municipal a celeridade no agendamento e realização de exames complementares. Confeccionar e preencher planilha com dados dos usuários hipertensos e /ou diabéticos da unidade quanto aos exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo, registrando data dos últimos exames e aprazamento dos próximos.

3. Engajamento público:

3.1. Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

3.2. Orientar os usuários e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: Divulgar orientações à população adscrita quanto à necessidade de realização de exames complementares.

4. Qualificação da prática clínica:

4.1. Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Detalhamento: Capacitação da equipe com relação à solicitação de exames complementares.

Meta 5. Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6. Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Ações:

1. Monitoramento e avaliação:

1.1. Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: Manter listagem dos usuários hipertensos e/ou diabéticos elucidando a medicação prescrita e debatendo-a junto à equipe para que mantenha-se a prescrição dos medicamentos da Farmácia Popular.

2. Organização e Gestão no serviço:

2.1. Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

2.2. Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos/diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: Controlar o estoque de medicamentos relacionando-o às demandas mensais de usuários cadastrados no HiperDia.

3. Engajamento público:

3.1. Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento: Divulgar informações aos usuários quanto ao direito de terem acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

4. Qualificação da prática clínica:

4.1. Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão/diabetes.

- 4.2. Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: Realizar capacitação periódica da equipe com atualização sobre o tratamento da hipertensão/diabetes e manter na unidade de saúde listagem atualizada das farmácias pertencentes ao programa “Aqui tem farmácia popular”.

Objetivo específico 4 . Melhorar o registro das informações

Meta 1 . Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2 . Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Ações:

1. Monitoramento e avaliação:

- 1.1. Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos/diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: Revisar semanalmente os registros de hipertensos/diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

2. Organização e Gestão no serviço:

- 2.1. Manter as informações do SIAB atualizadas.
- 2.2. Implantar planilha/registro específico de acompanhamento.
- 2.3. Pactuar com a equipe o registro das informações.
- 2.4. Definir responsável pelo monitoramento registros.
- 2.5. Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento: Manter atualizadas as informações do SIAB através da obtenção de informações fidedignas junto aos ACS. Confeccionar registro de acompanhamento de hipertensos e diabéticos e implantá-lo. Realizar capacitação periódica da equipe com pactuação sobre o registro das informações. Confeccionar e preencher planilha com dados dos usuários hipertensos e /ou diabéticos da unidade quanto ao atraso na realização de consultas, exames complementares, não estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

3. Engajamento público:

- 3.1. Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento: Divulgar informações aos usuários quanto a seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

4. Qualificação da prática clínica:

- 4.1. Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso / diabético
- 4.2. Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: Realizar capacitação periódica da equipe sobre preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso / diabético. Realizar capacitação periódica da equipe sobre registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Objetivo específico 5 . Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

Meta 1 . Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2 . Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Ações:

1. Monitoramento e avaliação:

- 1.1. Monitorar o número de usuários hipertensos/diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento: Monitorar o registro dos usuários quanto à estratificação de risco.

2. Organização e Gestão no serviço:

- 2.1. Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.
- 2.2. Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: Garantir aos usuários avaliados como de alto risco a possibilidade de consulta a qualquer momento (demanda espontânea).

3. Engajamento público:

- 3.1. Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.
- 3.2. Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento: Oferecer ao usuário informações quanto ao seu nível de risco e a importância do acompanhamento regular. Oferecer ao usuário informações quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

4. Qualificação da prática clínica:

- 4.1. Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.
- 4.2. Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.
- 4.3. Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: Realizar capacitação da equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo. Realizar capacitação da equipe sobre a importância do registro desta avaliação. Realizar capacitação da equipe sobre estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Objetivo específico 6. Promoção de Saúde

Meta 1 . Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 2 . Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Ações:

1. Monitoramento e avaliação:

- 1.1. Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos/diabéticos.

Detalhamento: Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos/diabéticos através dos prontuários e fichas de atendimento.

2. Organização e Gestão no serviço:

- 2.1. Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.
- 2.2. Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento: Promover atividades que propiciem informação e adesão à alimentação saudável. Solicitar ao gestor, por ofício, a presença de parcerias

institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade de promoção de alimentação saudável.

3. Engajamento público:

3.1. Orientar hipertensos/ diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento: Oferecer orientação sobre a importância da alimentação saudável a hipertensos e diabéticos.

4. Qualificação da prática clínica:

4.1. Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.

4.2. Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Realizar capacitação da equipe sobre práticas de alimentação saudável. Realizar capacitação da equipe sobre metodologias de educação em saúde.

Meta 3 . Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 4 . Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos usuários diabéticos.

Ações:

1. Monitoramento e avaliação:

1.1. Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos/ diabéticos.

Detalhamento: Observar o registro na ficha de acompanhamento a fim de monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos/diabéticos.

2. Organização e Gestão no serviço:

- 2.1. Organizar práticas coletivas para orientação e realização de atividade física. Instituição de "grupos de caminhada".
- 2.2. Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento: Promover atividades que propiciem informação e adesão à atividade física. Solicitar ao gestor, por ofício, a presença de parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade de incentivo à prática de atividades físicas.

3. Engajamento público:

- 3.1. Orientar hipertensos/diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Detalhamento: Oferecer orientação sobre a importância da prática de atividade física regular.

4. Qualificação da prática clínica:

- 4.1. Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.
- 4.2. Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Realizar capacitação da equipe sobre a promoção da prática de atividade física regular.

Meta 5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo e etilismo a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo e etilismo a 100% dos usuários diabéticos.

Ações:

1. Monitoramento e avaliação:

- 1.1. Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo e etilismo aos hipertensos/diabéticos.

Detalhamento: Observar o registro na ficha de acompanhamento a fim de monitorar a realização de orientação sobre riscos do tabagismo e etilismo aos hipertensos/ diabéticos.

2. Organização e Gestão no serviço:

- 2.1. Demandar ao gestor a intensificação dos grupos de "abandono ao tabagismo", mantendo disponíveis as medicações que auxiliam no tratamento, bem como assistência na criação e realização dos grupos conhecidos como "alcoólicos anônimos", todos eles de forma contínua e com treinamento das equipes de saúde.

Detalhamento: Solicitar ao gestor, por ofício, a intensificação dos grupos de "abandono ao tabagismo", mantendo disponíveis as medicações que auxiliam no tratamento, bem como assistência na criação e realização dos grupos conhecidos como "alcoólicos anônimos", todos eles de forma contínua e com treinamento das equipes de saúde.

3. Engajamento público:

- 3.1. Orientar os hipertensos/diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo e aos etilistas sobre a existência de grupos de apoio.

Detalhamento: Oferecer orientação sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo e aos etilistas sobre a existência de grupos de apoio.

4. Qualificação da prática clínica:

- 4.1. Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas e etilistas.
- 4.2. Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Realizar capacitação da equipe para o tratamento de usuários tabagistas e etilistas.

2.3.2. Indicadores

1.Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

2.Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

3.Proporção de hipertensos faltosos com a consulta médica com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos à consulta médica com busca ativa.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

4.Proporção de diabéticos faltosos com a consulta médica com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos à consulta médica com busca ativa.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

5.Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado. Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

6. Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado. Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

7. Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

8. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde..

9. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

10. Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

11. Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

12. Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

13. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

14. Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

15. Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

16. Proporção de hipertensos com orientação sobre prática de atividade física regular.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

17. Proporção de diabéticos com orientação sobre prática de atividade física regular.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

18. Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo e etilismo.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo e etilismo.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

19. Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo e etilismo.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo e etilismo.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3. Logística

Para realizar a intervenção à Atenção aos portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde da Família de Rio Bonito, no município de Nova Friburgo – RJ, serão utilizados os preceitos defendidos nos Cadernos de Atenção Básica do Ministério de Saúde (2006). Dentro destes, salienta-se os seguintes documentos:

- Nº 15: Hipertensão Arterial Sistêmica;
- Nº 16: Diabetes Mellitus;
- Nº 12: Obesidade;
- Nº 14: Prevenção Clínica da Doença Cardiovascular, Cerebrovascular e Renal Crônica;
- Nº 37: Hipertensão Arterial Sistêmica (Ano: 2013).

Todos estes Cadernos ficarão disponíveis na unidade de saúde sede, em 1 cópia de cada.

As informações colhidas pela equipe de saúde serão monitoradas através dos registros em Prontuário Clínico, Ficha de Cadastro do HiperDia, Ficha de acompanhamento de hipertensos e diabéticos (própria da unidade), Ficha de

dispensação de medicamentos para Hipertensos e Diabéticos e Caderneta de Saúde da pessoa idosa. Também serão reproduzidas 200 cópias da ficha espelho, para facilitar a coleta de dados e sua transcrição para a planilha eletrônica de coleta de dados, que pretende-se alimentar mensalmente.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira e a técnica de enfermagem da unidade localizarão os prontuários dos usuários identificados pelos Agentes Comunitários de Saúde como Hipertensos e / ou Diabéticos. Os dados serão transcritos a fim de preencher uma ficha que servirá de espelho para confecção dos dados da planilha. Esta ficha será reproduzida na própria unidade, utilizando-se o modelo apresentado pela orientação do curso de Especialização em Saúde da Família da UFPel. Neste primeiro apontamento, serão colocados como adendo: consultas, exames complementares e clínicos em atraso.

A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção serão discutidos em um primeiro momento com a equipe da unidade. Desta forma, a intervenção se iniciará com a capacitação sobre os Cadernos de atenção básica já explicitados anteriormente e envolverá todos os profissionais da unidade: enfermeira, técnica em enfermagem, médico, agentes comunitários de saúde, auxiliar de serviços gerais e motorista, para que toda a equipe tenha um mesmo entendimento e desta forma se expresse de maneira semelhante. Esta capacitação ocorrerá na unidade de saúde, durante quatro sextas-feiras consecutivas (as quatro primeiras semanas de intervenção) e sempre que algum membro da equipe apresentar dificuldades ou solicitar, haverá nova capacitação. A capacitação será oferecida pela enfermeira da unidade e todos os profissionais terão acesso para participar como monitores. Será utilizado um notebook (pessoal) para exibição de apresentação em Power Point e os Cadernos de Atenção Básica supracitados.

Após as capacitações todos os profissionais estarão aptos a orientar a população quanto a hábitos de vida saudáveis, que incluem alimentação saudável, prática regular de atividades físicas e quanto aos malefícios do tabagismo e do etilismo, incluindo a disponibilidade de tratamento para obesidade, tabagismo e etilismo no SUS em nosso município.

Além disso, médico e enfermeira introduzirão em suas consultas a estratificação de risco cardiovascular de hipertensos e diabéticos e o exame clínico

completo, incluindo avaliação da sensibilidade dos pés e palpação dos pulsos de diabéticos.

Semanalmente a enfermeira examinará as fichas-espelho dos hipertensos e diabéticos, identificando aqueles que estejam com consultas, exames clínicos ou exames laboratoriais em atraso. A busca ativa de faltosos ou com algum indicador em atraso será realizada pelos agentes comunitários de saúde. Ao fazer a busca, o ACS já agendará com o usuário uma consulta na unidade de saúde, buscando evidenciar quais os fatores responsáveis por este atraso. Os dados serão colocados na ficha espelho que será mensalmente transcrita para a planilha eletrônica. Mesmo os usuários que permaneceram faltosos às consultas receberão visita domiciliar da enfermeira da unidade, situação em que será realizada a educação em saúde sobre hábitos saudáveis de vida, incluindo alimentação saudável, prática de atividade física e importância de cessar o hábito de fumar.

Pretende-se ampliar a cobertura do programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus através da garantia do registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa, melhora no acolhimento e da garantia do provimento adequado de material para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e da glicemia capilar (aparelho de hemoglucoteste, fitas, lancetas) na unidade de saúde.

Serão organizadas visitas domiciliares para buscar os faltosos e a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas ativas nos domicílios. Também será realizado controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos e um registro das necessidades mensal de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde será mantido, melhorando, desta forma, o acesso e a adesão destes usuários ao tratamento.

As atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos serão definidas, e a organização da capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde ocorrerá periodicamente para a atualização dos profissionais. A versão atualizada do protocolo será disponibilizada de forma impressa na unidade de saúde, a fim de melhorar a qualidade no atendimento a esta população

As informações do SIAB estarão atualizadas e a planilha/registro específico de acompanhamentos será implantada. Haverá pactuação entre a equipe sobre o registro

3. Relatório da Intervenção

3.1. Ações previstas que foram desenvolvidas: facilidades e dificuldades

As atividades propostas para a Intervenção foram: Capacitação dos Profissionais sobre os Cadernos de Atenção Básica preconizados; Delimitação de funções e responsabilidades na Ação Programática; Revisão das fichas cadastrais de Hipertensos e Diabéticos; Cadastramentos de novos Hipertensos e Diabéticos; Atendimento clínico de Hipertensos e Diabéticos; Capacitação dos profissionais para busca ativa de faltosos; Busca ativa de Hipertensos e Diabéticos; Grupos de Caminhada (abertos a todos os usuários); Grupos de Convivência (aberto a todos os usuários, com foco em HAS e DIA) e Monitoramento e Avaliação.

As atividades que envolviam a capacitação dos ACS (sobre os Cadernos de Atenção Básica, delimitação de funções e responsabilidades na ação programática e capacitação para busca ativa de faltosos) foram feitas primordialmente na primeira semana, e reforçadas semana a semana, de acordo com as dúvidas dos ACS que iam surgindo e estas atividades foram integralmente cumpridas.

As revisões das fichas cadastrais, o cadastramento de novos hipertensos e diabéticos e o atendimento clínico foram feitos semanalmente, sempre que houve oportunidade / necessidade. Estas atividades foram parcialmente cumpridas, já que alguns poucos hipertensos não foram cadastrados (por enquanto).

O monitoramento e a avaliação foram feitos corriqueiramente, de acordo com as facilidades e dificuldades que vem sendo encontradas. Esta atividade foi integralmente cumprida.

3.2. Ações previstas que não foram desenvolvidas: facilidades e dificuldades

Os grupos de convivência acabaram ocorrendo por oportunidade. Não consegui fazê-lo aberto, agendando, mas consegui fazê-lo com um público que dificilmente frequenta o posto de saúde no horário habitual: os homens

frequentadores de bar. Então, estendendo o horário de atendimento, pude manter um bom relacionamento com os homens da comunidade que acabam não se cuidando devido ao restrito horário de atendimento da unidade. Esta atividade foi integralmente cumprida, já que o grupo tornou-se semanal.

Já o grupo de caminhada teve grande aceitação da comunidade, mas não aconteceu. Quando havia cartaz comunicando, chovia. Quando o cartaz não estava lá, o sol aparecia. Infelizmente, esta atividade ainda não foi cumprida, mas pretendo enquadrá-la no decorrer do ano.

Além disso, um grande dificultador psicológico do processo foi o fato de perdermos uma ACS, que faleceu durante a intervenção, vítima de uma neoplasia. A equipe ficou muito abalada com a perda.

3.3. Dificuldades na coleta e sistematização de dados

A maior dificuldade na coleta e sistematização dos dados da intervenção foi a falta de internet no ambiente de trabalho e na comunidade. Isto atrapalhou tanto o preenchimento das planilhas quanto o envio delas, uma vez que durante a intervenção, eu já não residia mais no município onde trabalhava e por vezes passava semanas sem acesso à internet. Não houve dificuldades com os indicadores, uma vez que a planilha facilitou em muito a visualização destes.

3.4. Análise da viabilidade de incorporação da intervenção à rotina do serviço

De maneira geral, percebemos que mudou-se a maneira de agir em nossa unidade e essa responsabilização de todos os profissionais refletiu não apenas na ação programática que está passando por intervenção, mas em todas elas. A busca ativa passou a ocorrer de maneira habitual, muito mais do que ocorria antes da intervenção. Por exemplo, passou a ocorrer a preocupação de realizar avaliação antropométrica das crianças mensalmente, além das consultas em puericultura, e de que a primeira do bebê ocorra até o 7º dia de vida da criança. Esse trabalho de intervenção nos trouxe o hábito de pensar em saúde, de fazer o convencionado pelo Ministério da Saúde e isto reflete de maneira muito positiva em nosso trabalho. Tudo isso num momento muito oportuno e talvez essa mudança se deva também a esse

momento, em que passaremos pela primeira avaliação do Ministério da Saúde relativa ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ dos serviços de saúde. O município aderiu ao PMAQ em setembro e fomos avaliados pela primeira vez em 04 de fevereiro.

Muito embora algumas atividades tenham sido modificadas, atrasadas ao longo deste percurso, esta intervenção trouxe tanto para a unidade de saúde quanto para o trabalho dos profissionais um comprometimento muito importante não somente para atingir as metas colocadas mas também, e principalmente, para melhorar o serviço prestado à nossa população adscrita.

Esta intervenção melhorou nosso vínculo com a comunidade e será redesenhada continuamente, quando sentirmos necessidade. Muito embora estejamos ainda muito abalados pela perda de nossa amiga agente comunitário de saúde, falecida, temos agora um fôlego novo para fazermos um trabalho melhor.

4. Avaliação da Intervenção

4.1 Resultados

A intervenção tratou da melhoria no atendimento aos usuários com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus na Unidade de Saúde da Família de Rio Bonito, em Nova Friburgo – RJ. De um total de 1085 usuários da área adscrita à unidade de saúde da família de Rio Bonito, 141 eram hipertensos e 22 diabéticos e destes, 13 eram hipertensos e diabéticos simultaneamente.

Inicialmente, fizemos um levantamento prévio dos usuários acompanhados pela unidade de saúde que estavam cadastrados no Hiperdia e/ou que haviam sido diagnosticados recentemente como diabéticos e hipertensos e mantivemos o número inicial de 141 hipertensos e 22 diabéticos, uma vez que nossa região tem população muito pequena, o que facilita o trabalho em termos de acesso a serviços, como o cadastramento, por exemplo.

A fim de sistematizar as informações da intervenção, entrevistamos de acordo com os objetivos, metas e indicadores propostos, a saber:

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos da Unidade de Saúde da Família de Rio Bonito;

Meta 1.1: Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde;

Indicador 1.1: Proporção de Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde;

Todos os usuários da área de abrangência da unidade de saúde participaram da intervenção. Assim, 141 hipertensos e 22 diabéticos, ou seja, 100% participaram da intervenção e a cobertura ficou em 100% apesar de os indicadores apontarem dados diferentes, já que houve uma variação no número total (universo) de hipertensos e diabéticos durante a intervenção, pois houve óbitos e mudanças de residência neste período.

No primeiro mês atualizamos o cadastro para 140 hipertensos, uma vez que tivemos um óbito logo no primeiro no mês. Assim, com uma mudança para nossa área tivemos 141 no segundo, e 140 no terceiro e quarto meses, pois houve óbito novamente, correspondendo a 99,3% no primeiro mês, 100% no segundo e 99,3% no terceiro e quarto meses. Entenda-se que não fala-se aqui de atendimento clínico, mas de cadastramento, atualização cadastral e oferta de serviço..

Este alcance de cobertura foi primordial para que mesmo os usuários hipertensos que não vão com frequência à Unidade de Saúde não sintam-se abandonados pela equipe. Ao sentir que a equipe se importa com o usuário, sua presença e também sua falta, percebemos que os usuários comprometeram-se mais com seu tratamento.

Isto foi possível já que, em saúde da família temos uma população específica, cadastrada e por isso temos maior facilidade em contatar os usuários. Além disso, por tratar-se de zona rural, nossa unidade tem um número muito pequeno de pessoas cadastradas, o que facilitou esta ação, apesar de nem todos os usuários que participaram da intervenção estarem cadastrados no HiperDia. A meta foi alcançada com relação ao cadastro da unidade, mas não foi alcançada se levado em conta o cadastro do Hiperdia.

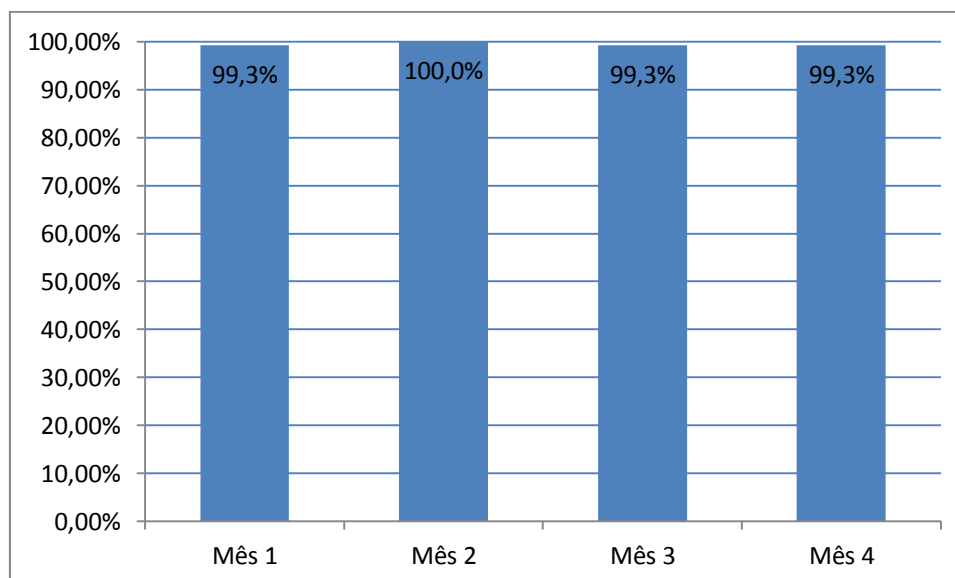


Figura 1 - Cobertura do programa de atenção ao usuário com hipertensão na USF de Rio Bonito

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2014

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos da unidade de saúde da família de Rio Bonito

Meta 1.2: Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde;

Indicador 1.2: Proporção de Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde;

Com relação aos diabéticos, a meta foi alcançada com relação ao cadastro da unidade. Participaram da intervenção 22 diabéticos durante os quatro meses de intervenção, correspondendo a 100% de cobertura em todos os quatro meses de intervenção. Este trabalho fez com que o usuário se entendesse como parte do processo, aumentando adesão ao tratamento e a frequência de visitas dos usuários ao serviço de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa na unidade de saúde da Família de Rio Bonito

Meta 2.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada;

Indicador 2.1: Proporção de hipertensos cadastrados no programa faltosos à consulta médica e que sofreram busca ativa.

Dentre os 141 hipertensos, havia 29 faltosos no primeiro mês, 20 no segundo mês e 17 nos terceiro e quarto meses. Foi realizada a busca ativa para todos esses hipertensos, fazendo com que fosse atingida 100% de busca ativa em todos os quatro meses de intervenção. A busca ativa foi realizada pelos agentes comunitários de saúde, sob orientação da enfermeira e quando havia necessidade, a própria enfermeira ou o médico da unidade realizavam visita domiciliar. A meta foi alcançada mas entenda-se que a busca ativa nem sempre resulta em consulta clínica.

Os Agentes Comunitários de Saúde aceitaram muito bem esta incumbência e participaram ativamente para o processo. Mais uma vez pudemos perceber que a comunidade entendeu esta ação como um aumento da importância do usuário para a equipe. Ouvimos relatos como: “-Sempre fiquei meses sem ir no posto e ninguém nunca veio aqui em casa atrás de mim.”

Objetivo 2: Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa na unidade de saúde da Família de Rio Bonito

Meta 2.2: Buscar 100% dos diabéticos cadastrados no programa faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada;

Indicador 2.2: Proporção de diabéticos faltosos à consulta médica com busca ativa.

Dentre os diabéticos, 6 estavam faltosos às consultas no primeiro mês, 3 no segundo e 2 no terceiro e quarto meses. Foi feita a busca ativa de todos durante os quatro meses de intervenção, ou seja, 100 % de busca ativa. A busca ativa foi realizada pelos agentes comunitários de saúde, sob orientação da enfermeira e quando havia necessidade, a própria enfermeira ou o médico da unidade realizavam visita domiciliar. A meta foi alcançada, muito embora não tenhamos conseguido zerar o número de faltosos e de consultas em atraso, conseguimos reduzir em 1/3 o número de usuários faltosos às consultas.

Objetivo 3: Melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde;

Meta 3.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos cadastrados no programa.

Indicador 3.1: Proporção de hipertensos cadastrados no programa com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Com relação ao exame clínico dos hipertensos, apenas 111 estavam em dia de acordo com o protocolo no primeiro mês de intervenção, 120 no segundo e 116 no terceiro e quarto meses. Em porcentagem, os valores foram 79,3%, 85,1%, 82,9% e 82,9%, respectivamente. Estiveram com o exame clínico em dia os usuários que estavam com a consulta médica em dia ou passaram pela consulta durante a intervenção.

Tanto a busca ativa dos faltosos quanto uma intensificação das atividades em prol do cuidado de hipertensos e diabéticos, bem como uma maior participação da comunidade no controle destas morbidades, conseguimos aumentar significativamente o número de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

A meta não foi alcançada mas a manutenção destas atividades que levaram a uma melhora dos indicadores pode vir a proporcionar o alcance da meta em longo prazo.

De acordo com BRASIL (2013, p. 22): “A finalidade da Linha de Cuidado da HAS é fortalecer e qualificar a atenção à pessoa com essa doença por meio da integralidade e da longitudinalidade do cuidado, em todos os pontos de atenção.”

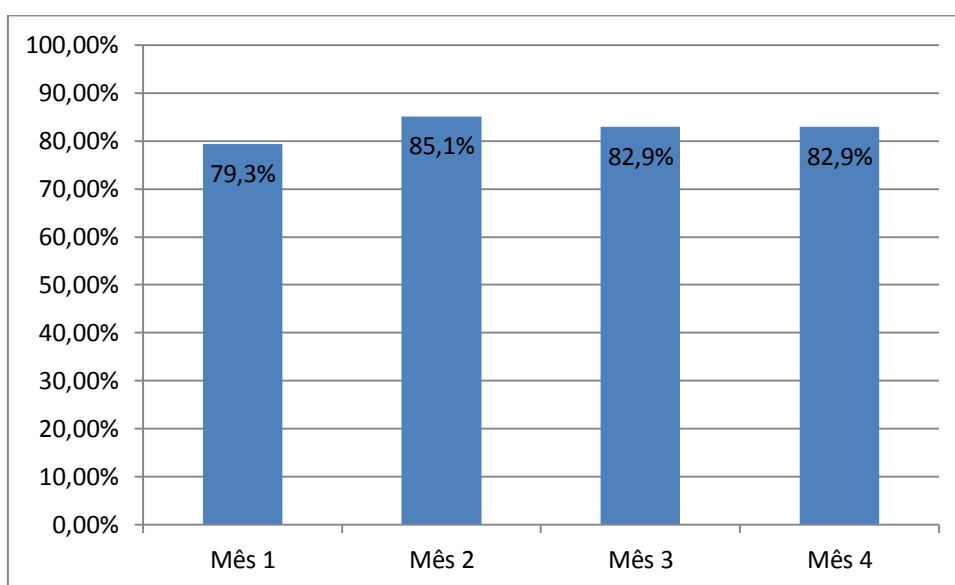


Figura 2 - Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2014.

Objetivo 3: Melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde;

Meta 3.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos cadastrados no programa.

Indicador 3.2: Proporção de diabéticos cadastrados no programa com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Com relação ao exame clínico dos diabéticos, 16 estavam em dia de acordo com o protocolo no primeiro mês de intervenção, 18 no segundo e 17 no terceiro e quarto meses. Em porcentagem, os valores foram 72,7%, 81,8%, 77,3% e 77,3%, respectivamente. Como citado anteriormente, estiveram com o exame clínico em dia os usuários que estavam com a consulta médica em dia ou passaram pela consulta

durante a intervenção, devido a uma intensificação das ações de prevenção, tratamento e controle de hipertensão arterial e diabetes e um maior esclarecimento da comunidade. A meta não foi alcançada, mas a continuidade da intervenção, como cotidiano do serviço poderia acarretar em alcance da meta. Com o exame clínico em dia, reduzimos as comorbidades, internações e evitamos significativamente as amputações decorrentes de descompensações nos quadros clínicos de diabéticos.

Milhões de pessoas vão a óbito anualmente em decorrência do Diabetes Mellitus, o que ocasiona grande impacto econômico nos serviços de saúde, assim como os custos para tratamento da doença e suas complicações, como doença cardiovascular, diálise por insuficiência renal crônica e cirurgias para amputação de membros inferiores. Ocorre também considerável impacto social com a redução da expectativa e da qualidade de vida dessas pessoas. (ARRUDA e SILVA, 2012)

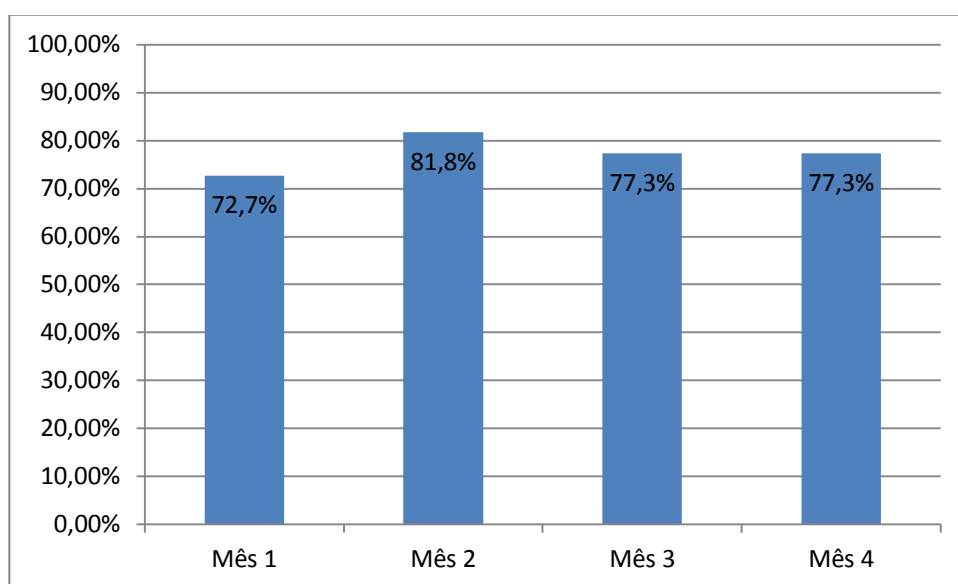


Figura 3 – Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2014.

Objetivo 3: Melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde;

Meta 3.3: Garantir a 100% dos hipertensos cadastrados no programa a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo;

Indicador 3.3: Proporção de hipertensos cadastrados no programa com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Com relação aos exames complementares de hipertensos, 111 estavam em dia de acordo com o protocolo no primeiro mês de intervenção, 120 no segundo e 116 no terceiro e quarto meses, o que corresponde a 79,3%, 85,1%, 82,9% e 82,9%, respectivamente. Estiveram com o exame clínico em dia os usuários que estavam com a consulta médica em dia ou passaram pela consulta durante a intervenção. Essa evolução durante os meses foi conseguida devido a uma intensificação das ações junto a hipertensos e diabéticos, incluindo a capacitação da equipe e esclarecimento da comunidade. Embora a evolução dos percentuais tenha acontecido, a meta não foi alcançada no período de intervenção, mas a continuidade desta e incorporação da mesma à rotina do serviço podem levar a um alcance da meta, evitando comorbidades e descompensações clínicas, bem como reduzindo internações e óbitos.

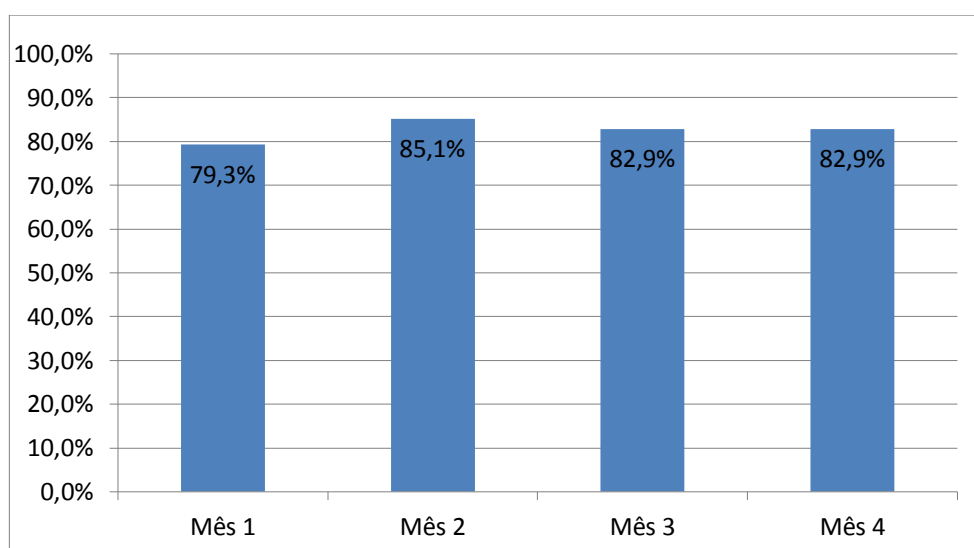


Figura 4 – Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2014.

Objetivo 3: Melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde;

Meta 3.4: Garantir a 100% dos diabéticos cadastrados no programa a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo;

Indicador 3.4: Proporção de diabéticos cadastrados no programa com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Com relação aos exames complementares de diabéticos, 16 estavam em dia de acordo com o protocolo no primeiro mês de intervenção, 18 no segundo e 17 no terceiro e quarto meses. Em porcentagem, os valores foram 72,7%, 81,8%, 77,3% e 77,3%, respectivamente. Como citado anteriormente, estiveram com o exame clínico em dia os usuários que estavam com a consulta médica em dia ou passaram pela consulta durante a intervenção. Essa evolução durante os meses foi conseguido devido à busca ativa e intensificação das atividades com relação a hipertensos e diabéticos. A meta não foi alcançada mas a incorporação destas ações à rotina do serviço pode levar ao alcance desta e de outras metas no decorrer do tempo. Com este alcance, reduzir-se-ia drasticamente a descompensação de usuários, evitando comorbidades e reduzindo internações.

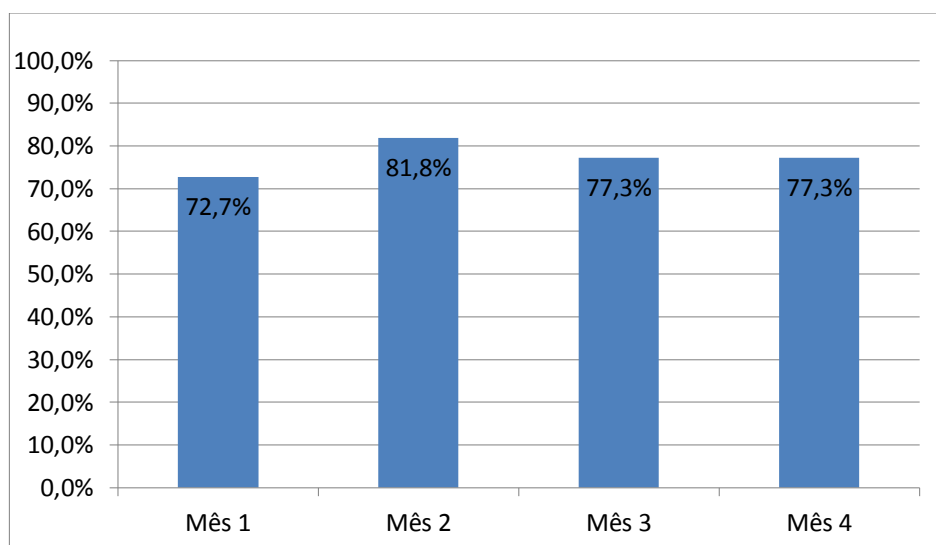


Figura 5 – Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2014.

Objetivo 3: Melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde;

Meta 3.5: Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde;

Indicador 3.5: Proporção de hipertensos cadastrados no programa com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Em se tratando da prescrição de medicamentos dos hipertensos e diabéticos atendidos em nossa unidade de saúde, todos eles fazem parte da farmácia básica do município ou da farmácia popular, ou seja, todos são retirados gratuitamente pelos usuários. Em números, 140 foram atendidos no primeiro mês, 141 no segundo e 140 no terceiro e quarto meses, correspondendo a 100% dos usuários hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular. Isto porque o médico da unidade, que é quem prescreve a medicação, considera, no ato da prescrição, o baixo poder aquisitivo da população e o fato de que o acesso facilitado aumenta a adesão ao tratamento. Fato esse que não é decorrente da intervenção, pois já acontecia antes mesmo desta ser iniciada. Assim, o tratamento não é oneroso para a comunidade, aumentando a adesão ao tratamento e reduzindo, com isto, descompensações, comorbidades e internações. A meta foi alcançada.

Objetivo 3: Melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde;

Meta 3.6: Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde;

Indicador 3.6: Proporção de diabéticos cadastrados no programa com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Em se tratando da prescrição de medicamentos dos diabéticos atendidos em nossa unidade de saúde, todos eles fazem parte da farmácia básica do município ou da farmácia popular, ou seja, todos são retirados gratuitamente pelos usuários. Isto porque o médico da unidade, que é quem prescreve a medicação, considera, no ato da prescrição, o baixo poder aquisitivo da população e o fato de que o acesso facilitado aumenta a adesão ao tratamento. Este fato não é decorrente da intervenção já que acontecia antes mesmo de a intervenção ser iniciada. A meta foi alcançada e desta forma, o tratamento não é oneroso para a comunidade, aumentando a adesão e reduzindo, descompensações, comorbidades e internações.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações;

Meta 4.1: Manter a ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde;

Indicador 4.1: Proporção de hipertensos cadastrados no programa com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Com relação ao registro adequado na ficha de acompanhamento, a meta foi alcançada, já que entre os hipertensos 140 estavam no primeiro mês, 141 no segundo, 140 no terceiro e novamente 140 no quarto mês de intervenção, o que caracteriza que todos estiveram com registro adequado desde o início da intervenção (100 % durante os quatro meses). Isto se deve ao fato de os registros terem sido revisados semanalmente pela enfermeira da unidade e a qualidade do registro de todos os profissionais melhorou depois das capacitações. A meta foi alcançada e com informações mais precisas, o tempo utilizado para revisão das fichas foi reduzido.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações;

Meta 4.2: Manter a ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde;

Indicador 4.2: Proporção de diabéticos cadastrados no programa com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Em se tratando do registro adequado na ficha de acompanhamento, a meta foi alcançada, já que entre os diabéticos 22 os registros apresentaram-se adequados nos quatro meses de intervenção, o que caracteriza que todos estiveram com registro adequado desde o início da intervenção (100%). Isto se deve ao fato de os registros terem sido revisados semanalmente pela enfermeira da unidade e da capacitação ter melhorado a qualidade dos registros. A meta foi alcançada e menos tempo foi gasto na revisão destes registros, facilitando a localização de dados importantes.

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular;

Meta 5.1: Realizar estratificação de risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde;

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos cadastrados na unidade com estratificação de risco cardiovascular.

Com relação à estratificação de risco cardiovascular, mesmo os usuários que não responderam positivamente à busca ativa, ou seja, que foram procurados mas permaneceram faltosos às consultas, tiveram escore de risco de Flaminghan reavaliado pela enfermeira da unidade na unidade de saúde ou em domicílio, assim sendo, 140 hipertensos foram avaliados no primeiro mês, 141 no segundo mês e 140 no terceiro e quarto meses, ou seja, 100% durante os quatro meses, ou seja, a meta foi alcançada. A busca ativa foi a principal responsável para o alcance dessa meta. Com este alcance, pudemos ajustar a periodicidade das consultas e exames à necessidade real dos usuários.

Na avaliação do usuário hipertenso, a avaliação do risco cardiovascular é de suma importância na orientação da conduta terapêutica e no prognóstico do usuário. Na estratificação do risco cardiovascular, pesquisa-se a presença dos fatores de risco, de doenças cardiovasculares e de lesões em órgão-alvo. (BRASIL, 2006)

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular;

Meta 5.2: Realizar estratificação de risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde;

Indicador 5.2: Proporção de diabéticos cadastrados no programa com estratificação de risco cardiovascular.

Em relação aos diabéticos sobre a estratificação de risco cardiovascular, mesmo os usuários que não responderam positivamente à busca ativa, tiveram escore de risco de Flaminghan reavaliado pela enfermeira da unidade na unidade de saúde ou em domicílio, assim sendo, 22 diabéticos (100%) tiveram sua estratificação de risco em dia, em cada um dos quatro meses de intervenção. Assim sendo, a meta estipulada foi alcançada e a busca ativa foi a principal responsável para este alcance. Desta forma, pudemos ajustar a periodicidade das consultas e exames à necessidade real dos usuários.

Sobre a doença cardiovascular induzida pela coexistência de hipertensão e diabetes mellitus tipo 2, as evidências científicas mostram que as duas condições estão ligadas por nexos epidemiológico, patofisiológico e clínico comum. Entre 70% e

80% dos usuários com diabetes mellitus têm hipertensão, enquanto que a diabetes mellitus é encontrada em até 40% de usuários com hipertensão. (COCA, 2013)

Objetivo 6: Promoção de Saúde;

Meta 6.1: Garantir avaliação odontológica a 100% dos usuários hipertensos cadastrados na unidade de saúde;

Indicador 6.1: Proporção de hipertensos cadastrados no programa com avaliação odontológica;

Meta 6.2: Garantir avaliação odontológica a 100% dos usuários diabéticos cadastrados na unidade de saúde;

Indicador 6.2: Proporção de diabéticos cadastrados no programa com avaliação odontológica.

Com relação à avaliação odontológica de hipertensos e diabéticos, não foi possível alcançar objetivos e metas já que seria praticamente impossível agir sem um profissional de saúde bucal compondo nossa equipe. Assim, nenhum usuário passou por avaliação, uma vez que nossa unidade de saúde não conta com este profissional e o encaminhamento a unidades de referência dificilmente é continuado. Não sentindo-nos aptos a tal avaliação, consideramos a mesma como não tendo sido realizada. A meta não foi alcançada. A estrutura atual (restrita) da unidade de saúde não comporta um consultório odontológico. Entretanto, atendendo aos anseios das equipes de saúde que não possuem odontólogo em sua composição, a gestão disponibilizou vagas em odontologia no sistema de regulação (SISREG) para as unidades de saúde da família, o que poder vir a facilitar esta avaliação odontológica.

Objetivo 6: Promoção de Saúde;

Meta 6.3: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos;

Indicador 6.3: Proporção de hipertensos cadastrados no programa com orientação sobre alimentação saudável.

Com relação a orientação sobre alimentação saudável todos os hipertensos receberam orientação, sobre alimentação saudável da enfermeira da unidade na

unidade de saúde ou em domicílio, assim sendo, 140 hipertensos foram orientados no primeiro mês, 141 no segundo mês e 140 no terceiro e quarto meses, correspondendo a 100% dos hipertensos cadastrados. A meta foi alcançada devido à capacitação de toda equipe bem como à intensificação das ações relativas à atenção ao hipertenso e ao diabético. O alcance desta meta proporcionou um maior controle dos níveis pressóricos, uma vez que o aspecto nutricional está intimamente ligado aos níveis pressóricos em curto prazo. Usuários com níveis pressóricos controlados tendem a desenvolver menos comorbidades não necessitando, desta forma, de hospitalizações tão frequentes, facilitando o trabalho preventivo e de controle da equipe de saúde.

Sobre o diagnóstico da Hipertensão endócrina, o diagnóstico etiológico nem sempre é claro, dificultando o estabelecimento da conduta terapêutica adequada, que vai desde a imposição de perda de peso para o hipertenso obeso até intervenções cirúrgicas. (SETIAN, 2001)

Estudos apontam que os obesos e idosos são mais sensíveis ao sal, já que, para um mesmo valor de redução de sal, a pressão arterial reduz mais significativamente do que nos jovens, o que demonstra ser primordial a redução no consumo de sal para estes grupos. (DEVEZA, 2012)

Os benefícios da perda de peso após intervenção sobre os estilos de vida foram demonstrados em alguns estudos, apontando, inclusive, a diminuição da hemoglobina glicada, de triglicerídeos, de marcadores de inflamação e da resistência à insulina, bem como a redução da pressão diastólica e da circunferência abdominal incluindo aumento dos níveis do colesterol bom – HDL. (HENRIQUES, 2013)

Os agravos à saúde não transmissíveis são atualmente a principal causa de óbitos em adultos, sendo a obesidade um dos fatores de maior risco para o adoecimento. A prevenção e o diagnóstico precoce da obesidade são importantes para a promoção da saúde e redução de morbimortalidade. (BRASIL, 2006)

Objetivo 6: Promoção de Saúde;

Meta 6.4: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos cadastrados no programa;

Indicador 6.4: Proporção de diabéticos cadastrados no programa com orientação sobre alimentação saudável.

Em relação à orientação nutricional sobre alimentação saudável de diabéticos todos receberam orientações da enfermeira da unidade na unidade de saúde ou em domicílio, assim sendo, 22 diabéticos (100%) tiveram orientações sobre alimentação saudável, em cada um dos quatro meses de intervenção. A meta foi alcançada devido à capacitação de toda equipe bem como à intensificação das ações relativas à atenção ao hipertenso e ao diabético. O alcance desta meta proporcionou um maior controle dos níveis glicêmicos, uma vez que o aspecto nutricional está intimamente ligado aos níveis glicêmicos. Usuários com níveis glicêmicos controlados tendem a desenvolver menos comorbidades não necessitando, desta forma, de amputações, bem como de hospitalizações tão frequentes, facilitando o trabalho preventivo e de controle da equipe de saúde.

Objetivo 6: Promoção de Saúde;

Meta 6.5: Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos usuários hipertensos cadastrados no programa;

Indicador 6.5: Proporção de hipertensos cadastrados no programa com orientação sobre prática de atividade física regular.

Sobre a prática de atividade física regular, 140 hipertensos receberam orientações no primeiro mês e 141, 140 e 140 nos três meses subsequentes, correspondendo a 100% dos hipertensos no programa. Mesmo os usuários que não responderam positivamente à busca ativa, receberam orientações da enfermeira da unidade na unidade de saúde ou em domicílio e a meta pôde ser atingida também devido à capacitação da equipe e uma maior disponibilidade do usuário em receber orientações e a considerá-las no dia-a-dia de seu tratamento.

A atividade física pode auxiliar no tratamento da hipertensão arterial controlando o peso e promovendo saúde, devendo, portanto, ser incentivada. (ZORTEA e TARTARI, 2009)

Objetivo 6: Promoção de Saúde;

Meta 6.6: Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos usuários diabéticos cadastrados no programa;

Indicador 6.6: Proporção de diabéticos cadastrados no programa com orientação sobre prática de atividade física regular.

Já entre os diabéticos, 22 receberam orientações sobre a prática de atividade física regular nos quatro meses de intervenção. Mesmo os usuários que não responderam positivamente à busca ativa, receberam orientações da enfermeira da unidade na unidade de saúde ou em domicílio. A meta pôde ser atingida também em decorrência da capacitação da equipe e de uma maior disponibilidade do usuário em receber orientações e a considerá-las no dia-a-dia de seu tratamento.

De acordo com Brasil (2006, p.23): “A prática regular de atividade física é indicada a todos os usuários com diabetes, pois, melhora o controle metabólico, reduz a necessidade de hipoglicemiantes, ajuda a promover o emagrecimento nos usuários obesos, diminui os riscos de doença cardiovascular e melhora a qualidade de vida. Assim, a promoção da atividade física é considerada prioritária.

Objetivo 6: Promoção de Saúde;

Meta 6.7: Garantir orientação em relação aos riscos do tabagismo e do etilismo a 100% dos usuários hipertensos cadastrados no programa;

Indicador 6.7: Proporção de hipertensos cadastrados no programa com orientação sobre os riscos do tabagismo e do etilismo.

Orientações sobre hábitos saudáveis de vida foram fornecidas em conjunto, neste caso sobre a necessidade de cessar hábitos de etilismo e tabagismo. Muito embora a planilha original do curso não contemplasse o etilismo, a área onde a unidade de saúde está instalada é praticamente endêmica para o etilismo. Assim sendo, todos os hipertensos e diabéticos receberam orientações sobre tabagismo e etilismo, como mostram os gráficos e a meta foi alcançada. Um fator primordial para o alcance desta meta, além das capacitações da equipe, foi a instituição de um “grupo de bar”, em que realizamos ações de saúde após o horário de funcionamento no posto de saúde, no principal bar da região. Com este grupo, alcançamos um público que geralmente não frequenta a unidade de saúde e tivemos acesso, in loco, às problemáticas do tabagismo e do etilismo. Não nos restringimos ao fornecimento de informações e a condução deste grupo aconteceu de forma espontânea e foi muito

bem aceito pela comunidade. Assim, esperamos poder ver diminuídos ou cessados os hábitos de beber e fumar entre a população atendida.

No contexto das doenças crônicas, a efetividade do tratamento inclui o autocuidado, a adesão ao tratamento e a responsabilidade do usuário de sobre sua doença. Desta forma, o engajamento dos usuários é primordial para que estes assumam o autocuidado. (CARRIJO e RASERA, 2013)

Brasil (2006, p.33) esclarece que “A recomendação para abandono do tabagismo deve ser universal, sendo particularmente útil na prevenção de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal. Diversas intervenções farmacológicas e não farmacológicas, inclusive o simples aconselhamento de parar de fumar, possuem benefício comprovado para efetivo abandono do tabagismo.

Objetivo 6: Promoção de Saúde;

Meta 6.8: Garantir orientação em relação aos riscos do tabagismo e do etilismo a 100% dos usuários diabéticos cadastrados no programa;

Indicador 6.8: Proporção de diabéticos cadastrados no programa com orientação sobre os riscos do tabagismo e do etilismo.

Orientações sobre hábitos saudáveis de vida foram fornecidas em conjunto, neste caso sobre a necessidade de cessar hábitos de etilismo e tabagismo. Muito embora a planilha original do curso não contemplasse o etilismo, a área onde a unidade de saúde está instalada é praticamente endêmica para o etilismo. Assim sendo, todos os hipertensos e diabéticos receberam orientações sobre tabagismo e etilismo, como mostram os gráficos e a meta foi alcançada devido à capacitação da equipe e à implantação do “grupo de bar”, citado anteriormente. Assim, esperamos poder ver diminuídos ou cessados os hábitos de beber e fumar entre a população atendida, melhorando o acesso da equipe ao usuário e um aumento do vínculo do usuário com a equipe.

A ingestão de álcool deve ser moderada e de preferência com as refeições. O limite diário é de uma a duas doses, isto é, 10-20g de álcool/dia e usuários diabéticos com hipertrigliceridemia ou mau controle metabólico não devem ingerir bebidas alcoólicas. (BRASIL, 2006)



Figura 6 – Grupo de Bar



Figura 7 – Grupo de Bar

4.2 Discussão

A intervenção em nossa unidade de saúde propiciou uma redução das consultas em atraso, além da identificação de hipertensos e diabéticos que não estavam sendo acompanhados pela unidade. Além disso, melhoramos a qualidade dos registros de atendimento e instituímos a avaliação do escore de risco para hipertensos e diabéticos e avaliação dos pés diabéticos. Também criamos um grupo que propiciou o controle pressórico de homens que usualmente não frequentavam a unidade de saúde.

Além do fortalecimento da educação continuada com a atualização dos profissionais, a delimitação de funções ficou mais clara e o trabalho de toda a equipe esteve / está mais focado no cumprimento dos manuais do Ministério da Saúde. A intervenção trouxe união e maior comprometimento com resultados por parte de toda equipe.

De maneira geral, toda a equipe ficou responsável pela busca ativa e o rastreamento de novos casos, mas esta função foi assumida pelos Agentes Comunitários de Saúde – ACS. As consultas foram realizadas pelo médico e a enfermeira da unidade. O atendimento de rotina, como aferição de pressão arterial, glicemia capilar e avaliação antropométrica, bem como a distribuição de medicamentos e insumos foram feitos pela enfermeira e pela técnica de enfermagem, assim como o controle dos registros, revisões de prontuários e fichas-espelho. Os treinamentos, atualizações e atividades de educação permanente foram realizados pela enfermeira da unidade. Houve detecção de novos casos de hipertensão.

A programação de uma intervenção organizou o serviço de forma a torná-lo mais efetivo. Com a organização das informações, perdeu-se menos tempo e o atendimento ao usuário foi mais ágil e adequado. Por exemplo, passou a ser muito mais fácil visualizar os medicamentos de uso contínuo pelo usuário quando adotada a ficha espelho.

Além disso, percebemos uma redução nas emergências hipertensivas, por exemplo, já que os usuários foram mais e melhor atendidos. A classificação de risco nos auxiliou na visualização de prioridades e pôde-se priorizar usuários que não vinham à unidade a mais tempo, mesmo tendo mais necessidade do que outros que sempre frequentavam.

O que percebemos é que a comunidade não entende ou não concorda com a priorização e mesmo alguns hipertensos com níveis controlados e sem qualquer risco secundário acreditam que haja necessidade mensal de consultas com o médico, apesar de todo o trabalho de informação que desenvolvemos ao longo da intervenção e continuamos a desenvolver. Entretanto, mostraram-se satisfeitos com o aumento do atendimento a hipertensos e com a possibilidade de atendimento da demanda espontânea, anteriormente escassa na visão deles.

No período da intervenção, não tivemos qualquer internação por complicações do Diabetes.

Se a intervenção fosse ser realizada agora, faria um trabalho maior de esclarecimento do usuário sobre . Além disso, continuaria insistindo em iniciar o grupo de caminhada.

A intervenção já foi incorporada à rotina do serviço e uma espécie de ficha espelho tornou-se a folha de rosto do prontuário dos usuários hipertensos e diabéticos a fim de facilitar a visualização de informações.

Tendo incorporado esta intervenção ao serviço, apesar de termos hoje três microáreas descobertas sem ACS, pretendemos realizar intervenção na ação programática de atenção ao pré-natal de baixo risco da unidade.

4.3 Relatório de Intervenção para o Gestor

Iniciamos em Outubro de 2013, na Unidade de Saúde da Família de Rio Bonito, após conversa prévia com a equipe e com o Gestor Local de Saúde, uma intervenção de 16 semanas no Programa de Atenção ao Hipertenso e Diabético, visando melhorias na qualidade de atendimento a essa população. Essa intervenção faz parte do Trabalho de Conclusão do Curso da Especialização em Saúde da Família à distância realizado por mim e oferecido pela Universidade Federal de Pelotas em convênio com a Universidade Aberta do SUS, para o qual houve ampla divulgação através da Secretaria Municipal de Saúde no início do ano de 2012. Antes da escolha desse foco de intervenção fizemos uma análise situacional de todos os

programas e diagnosticamos serem prioritariamente necessárias mudanças para a melhoria desse programa dentro da nossa unidade.

Como primeira ação realizamos capacitações durante as reuniões de equipe acerca dos Cadernos de Atenção Básica de Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Obesidade, Prevenção Clínica de Doença Cardiovascular, Cerebrovascular e Renal Crônica, bem como o de Acolhimento à Demanda Espontânea, revendo conceitos sobre técnicas de aferição, classificação de risco, diagnóstico, tratamento, seguimento e monitoramento dos usuários do programa. Foi uma oportunidade ímpar, com trocas de experiências valiosas e a equipe se mostrou bastante receptiva e ávida por novos conhecimentos. Foram desenvolvidas outras atividades como: Delimitação de funções e responsabilidades na Ação Programática; Revisão das fichas cadastrais de Hipertensos e Diabéticos; Cadastramentos de novos Hipertensos e Diabéticos; Atendimento clínico de Hipertensos e Diabéticos; Capacitação dos profissionais para busca ativa de faltosos; Busca ativa de Hipertensos e Diabéticos; Grupos de Caminhada (abertos a todos os usuários); Grupos de Convivência (aberto a todos os usuários, com foco em HAS e DIA) e Monitoramento e Avaliação. Além disso, sempre que foram surgindo novas dúvidas, revisávamos os cadernos e as esclarecíamos.

Com a intervenção, os dados puderam estar sempre atualizados, mesmo com a grande falta de tempo que acomete as equipes itinerantes, uma vez que revezamos em diversas comunidades. Sobre esse aspecto, seria de grande valia o auxílio da gestão municipal inserindo na equipe um profissional administrativo, pois desta forma o tempo com o usuário seria utilizado de maneira mais proveitosa. Os grupos de convivência acabaram ocorrendo por oportunidade. Por uma sucessão de imprevistos e chuva incessante durante algumas semanas, acabamos não conseguindo instituir, ainda, um grupo de caminhada mas pretendemos fazê-lo nos próximos meses, já que houve grande procura por parte dos usuários. Não realizei um grupo de convivência aberto, agendado, mas consegui fazê-lo com um público que dificilmente frequenta o posto de saúde no horário habitual: os freqüentadores de bar. Então, estendendo o horário de atendimento, pude manter um bom relacionamento com os homens da comunidade que acabam não se cuidando devido ao restrito horário de atendimento da unidade. Mantive o posto de saúde aberto após o horário e, em torno de 19h, quando os homens da comunidade chegavam ao bar e percebiam a luz do posto acesa, iam até lá pedindo que verificasse a pressão. Tornou-se um hábito que

fossem em grupo e discutíssemos hábitos saudáveis de vida e controle pressórico e de glicemia. Identifiquei muitos homens hipertensos, um deles com hipertensão severa e estes têm sido acompanhados regularmente, para que não deixem de frequentar a unidade de saúde.

A maior dificuldade na coleta e sistematização dos dados da intervenção foi, sem dúvidas, a falta de internet nas unidades que compreendem a unidade de saúde da família de Rio Bonito e o fato de haver computador em apenas uma delas. A internet é o principal meio de comunicação no mundo e sem ela não podemos ter atividades simples em uma unidade de saúde, como o prontuário eletrônico, o BPA Magnético, as marcações de consultas e exames pelo SISREG. Assim, não só a população fica prejudicada com a falta destes serviços e a demora na marcação de consultas e exames como o profissional acaba desdobrando-se em atividades alheias às suas funções, fora o horário de trabalho, para que a população não fique desassistida. A instalação de internet rural resolveria este problema e facilitaria em muito a comunicação e a efetividade do serviço na unidade de saúde.

De maneira geral,, mudou-se a maneira de agir em nossa unidade e essa responsabilização de todos os profissionais refletiu não apenas na ação programática que está passando por intervenção, mas em todas elas. A busca ativa vem ocorrendo de maneira habitual, muito mais do que ocorria antes da intervenção. Há a preocupação de realizar avaliação antropométrica das crianças mensalmente. Há ainda a preocupação, muito importante, inclusive, de que a primeira consulta de puericultura ocorra até o 7º dia de vida da criança. Esse trabalho de intervenção nos trouxe o hábito de pensar em saúde, de fazer o convencionado pelo Ministério da Saúde e isto reflete de maneira muito positiva em nosso trabalho. Tudo isso num momento muito oportuno e talvez essa mudança se deva também a esse momento, em que passamos pela primeira avaliação do Ministério da Saúde relativa ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ dos serviços de saúde. O município aderiu ao PMAQ em setembro e fomos avaliados pela primeira vez em fevereiro.

Conseguimos instituir e manter busca ativa dos usuários faltosos em 100% dos casos. Além disso, iniciamos a intervenção com 79,3% dos hipertensos com exames clínico e complementar em dia e chegamos a 85,1%, finalizando, em 82,9%. Ainda

com relação aos exames clínico e complementar, nos diabéticos, fomos de 72,7% para 77,3%.

Compreendi, enfim, que o processo de saúde doença passa pela cooperação entre profissional e usuário, ambos entendendo-se responsáveis pelo mesmo e ambos devendo fazer concessões e adaptações para que haja adesão ao tratamento, mudanças reais e duradouras no estilo de vida. Percebi que por mais que possamos orientar um indivíduo ele precisa querer nossa ajuda e algumas vezes o que podemos fazer por ele é muito pouco ou quase nada, mas talvez este pouco seja a alavanca que esta pessoa precisava para começar a mudar.

Percebemos uma dificuldade substancial quando os usuários eram encaminhados para exames complementares ou especialidades em decorrência não só da espera pelas consultas com especialistas e exames, mas principalmente por não termos acesso à internet na unidade de saúde, o que nos mantém desligados do sistema de regulação e as consultas e exames são marcados pela enfermeira e pela técnica de enfermagem da unidade em suas residências, em internet custeada pelas mesmas. O apoio da gestão é indispensável para qualquer atividade de intervenção, bem como para o trabalho no dia-a-dia, principalmente incentivando e apoiando as atividades de educação permanente, tão importantes para o desenvolvimento do trabalho em saúde.

Finalizando, esta intervenção melhorou nosso vínculo com a comunidade e será redesenhada continuamente, sempre que a equipe sentir necessidade. Temos agora um fôlego novo para fazermos um trabalho melhor.

4.4 Relatório de Intervenção para a Comunidade

Durante os meses de Outubro de 2013 a Janeiro de 2014 a equipe do Posto de Saúde da Família de Rio Bonito modificou o atendimento aos usuários com pressão alta e diabetes. Para isso, fizemos algumas reuniões para estudar as duas doenças, baseados em protocolos do Ministério da Saúde. Com base em dados do prontuário, os agentes de saúde foram nas casas buscar todos os usuários cadastrados nesses programas que estavam sem ir ao posto de saúde. O trabalho

delas foi excelente e com insistência conseguimos fazer com que a maioria dos usuários voltasse a frequentar o posto.

O Posto de Saúde da Família foi criado para aumentar a ligação entre as pessoas que trabalham no posto de saúde e as pessoas da comunidade. Por isso é que os agentes de saúde moram perto de vocês. Como vocês já se conhecem, a conversa fica mais fácil e as pessoas aceitam melhorar os tratamentos, controlando as doenças e diminuindo a quantidade de vezes que são internadas, evitando a morte de muitas pessoas.

Durante quatro meses, os funcionários do posto trabalharam mais para trazer de volta para o posto as pessoas que têm pressão alta e diabetes mas não se cuidam ou estão com as consultas e exames atrasados, além de manter em dia as consultas de quem sempre vai ao posto. Analisamos nosso trabalho para tentar descobrir onde estávamos errando e o que poderíamos fazer para melhorar, para que mais pessoas com pressão alta e diabetes frequentassem o posto. Escolhemos essas pessoas porque em Rio Bonito muitas pessoas têm pressão alta e diabetes e muitos ficavam meses sem ir ao posto ou não queriam se cuidar. Fizemos uma ficha para cada usuário, que é usada em todos os atendimentos. Nela estão seus dados pessoais, quais são os medicamentos que você usa, os últimos exames feitos, a data da última consulta com o médico e a enfermeira. Essas fichas mostram as informações de cada usuário para que possamos conhecer vocês melhor. Sempre que descobríamos que alguém tinha pressão alta ou diabetes, anotávamos em uma ficha que ficava no posto e fazíamos um cadastro para mandar para o governo.

Para melhorar esse trabalho, fizemos treinamento com os agentes de saúde, médico, enfermeira e técnica de enfermagem e conversamos para dizer qual profissional da equipe tinha que fazer o quê com as pessoas que têm pressão alta e diabetes. Sempre que alguém tinha dúvida, tentávamos responder. Como vocês devem ter visto, o posto de saúde ficou aberto nas segundas-feiras até nove, dez horas da noite. Lá, recebemos as pessoas que saíam do trabalho tarde e não conseguiam chegar antes do posto fechar. Medimos pressão e o açúcar no sangue. Conversamos sobre como é importante comer direito e fazer esportes e sobre o mal que a bebida e cigarro fazem, principalmente pra quem tem pressão alta e diabetes.

Tentamos fazer um grupo de caminhada, mas como vocês viram, sempre que a gente colocava o cartaz avisando da caminhada, chovia. E era só a gente não ter

avisado nada pra ninguém pra dar sol. Mas ainda vamos montar esse grupo de caminhada e contamos com vocês para que muitas pessoas participem.

Ainda estamos avaliando o nosso trabalho e buscando melhorar e qualquer sugestão será bem vinda. Depois destes ajustes, analisamos os dados e percebemos que aumentou o número de usuários com acompanhamento no programa, com exames e consulta médica em dia, por exemplo. Aumentou também o número de pessoas que receberam orientação sobre alimentação, atividade física e necessidade de parar de fumar e beber.

Como não temos internet no posto, ficou difícil colocar no computador o que fomos percebendo. Apesar de não termos conseguido que todas as pessoas com pressão alta e diabetes visitassem o posto de tempos em tempo, estamos tentando melhorar o nosso para atender vocês cada vez melhor.

Hoje nos preocupamos mais em pesar e medir as crianças, em levar os bebezinhos ao posto antes deles fazerem 1 semana de vida. E várias outras melhorias que pretendemos fazer no atendimento a todas as pessoas de Rio Bonito.

Conseguimos ir na casa de todas as pessoas que estavam muito tempo sem ir ao posto, além de conversarmos sobre boa alimentação, prática de esportes e sobre bebida e cigarro. Junto com a comunidade, conseguimos colocar em dia os exames e as consultas de muitos usuários. E todas as pessoas que têm pressão alta e diabetes em Rio Bonito pegam os remédios no posto ou na farmácia popular, sem ter que pagar.

Percebi que as pessoas não gostam de ir ao posto quando chegam lá e o médico e a enfermeira ficam só mandando: mandam parar de comer sal, fritura, parar de beber, parar de fumar, começar a caminhar. Hoje nós entendemos que vocês são gente como a gente e podemos fazer acordos para que a sua saúde melhore. Nós explicamos o que faz mal e o que é bom e vamos, junto com a pessoa, tentar ajeitar o que ela gosta de fazer com o que faz bem pra ela. Temos que ser companheiros. Assim, é a pessoa quem escolhe se quer ou não mudar, se quer ou não ajuda. Algumas pessoas mudam muito e nós ficamos muito felizes. Outras simplesmente não querem nossa ajuda e acabam ficando doentes e morrendo sem que a gente possa ajudar. Talvez muitos ainda não estejam acostumados com as mudanças, mas tudo foi feito para melhorar o atendimento. O acompanhamento feito por todos os profissionais de saúde é melhor do que quando feito apenas pelo

médico. Os outros profissionais têm capacidade para ajudar a preservar sua saúde. É importante que vocês recebam bem os agentes comunitárias de saúde e que dêem sua opinião sobre o que podemos fazer para melhorar ainda mais.

Hoje entendo que tudo o que estudei será pouco se eu não for companheira das pessoas, temos que colaborar um com o outro.

O importante que vocês saibam é que mesmo que você pare de tomar o remédio, coma lingüiça ou tome sua cachacinha, nós estaremos aqui sempre que você precisar para te ajudar a mudar. Queremos melhorar junto com vocês, sempre!

5. Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Iniciei o curso esperando aprimorar o conhecimento sobre Saúde da Família, esperava aprofundar os estudos e obter um diploma, nada muito além disso. Entretanto, conquistei aprendizado maior na prática, no contato com o usuário, intensifiquei vínculos e percebi que o trabalho que estava sendo realizado podia ser melhorado – e muito, inclusive com o auxílio do usuário.

Minha decepção veio com relação à gestão, que em nada atrapalhou, mas em nada também ajudou. Fica difícil implantar um trabalho deste patamar com a omissão dos gestores. De maneira geral, no dia-a-dia do trabalho, desenvolvemos as tarefas de maneira quase sempre mecânica, sem o costume de avaliarmos o trabalho e tirarmos conclusões sobre essa avaliação, a fim de melhorar a assistência não só para o usuário, como também para a equipe. Apesar de ter feito a intervenção sobre o Programa de Atenção aos usuários com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus, desenvolvi um olhar crítico sobre o meu trabalho e passei a levar em conta – muito mais do que antes, a opinião do usuário sobre o nosso trabalho e até mesmo as sugestões dele para melhorá-lo. Assim, pudemos desenvolver um trabalho mais atrelado aos interesses do próprio usuário e por conseqüência com uma maior adesão. Um exemplo simples disso é que realizava a coleta de preventivo sempre às segundas-feiras, porque era o dia em que havia um consultório vazio e em que havia menos movimento no posto de saúde, mas começou a me incomodar o fato de haver sempre duas ou três mulheres faltosas à consulta. Conversei não somente com as agentes comunitárias, mas também com as mulheres faltosas sobre o motivo da falta e a resposta era quase sempre a mesma: a usuária havia tido relação sexual na véspera do exame. Ouvi a opinião de todas elas e decidimos, então, trocar o dia de coleta de preventivo para quarta-feira. Desde então, reduzimos drasticamente o número de mulheres faltosas à consulta.

Na ação programática estudada, particularmente, percebi que o usuário se evade toda vez que é cobrado, que nossa orientação vem de forma proibitiva. Compreendi, enfim, que o processo de saúde doença passa pela cooperação entre profissional e usuário, ambos entendendo-se responsáveis pelo mesmo e ambos devendo fazer concessões e adaptações para que haja adesão ao tratamento, mudanças reais e duradouras no estilo de vida. Percebi que por mais que possamos

orientar um indivíduo ele precisa querer nossa ajuda e algumas vezes o que podemos fazer por ele é muito pouco ou quase nada, mas talvez este pouco seja a alavanca que esta pessoa precisava para começar a mudar. O usuário sente-se importante quando pode auxiliar no seu processo de saúde, ainda que seja contribuindo “apenas” com sua opinião. Assim, pude perceber que a pessoa que se entende mais responsável por sua própria saúde colabora muito mais com o tratamento, minimizando os riscos de adoecer com comorbidades, por exemplo.

Por vezes ficamos à toa em casa, mas não abrimos mão de poucas horas em favor de alguém que precisa conversar que não tem tempo de ir ao posto durante o dia medir a pressão, porque trabalha o dia inteiro e tem o salário descontado se faltar.

Temos necessariamente que colocarmo-nos no lugar do usuário para sabermos como nós agiríamos naquela situação. Proibir e castigar é fácil mas uma mudança nos hábitos de vida de uma pessoa envolve a família inteira em uma residência: desde a avó que cozinha com banha de porco, muito sal e glutamato monossódico até o neto que está se envolvendo com drogas e preocupando o avô. Vemos que muitos criticam o etilista mas poucos sentam para escutar as histórias de família, desde criança envolvido em conflitos familiares em torno no álcool. Temos que ser seres humanos e ainda bem aprendi a tempo!

A intervenção nos propicia que o olhar analítico sobre nosso trabalho passe a fazer parte também da rotina do serviço e com o tempo, torna-se algo tão natural, tão corriqueiro, que às vezes sequer nos damos conta de que avaliamo-nos o tempo todo. A avaliação constante permite o aperfeiçoamento constante. Assim, aumenta-se a adesão tanto de usuários quanto dos profissionais ao trabalho desenvolvido.

Aprendi a ser mais profissional – e mais humana também! E que nossos anos de teoria e de saberes científicos da graduação vão inteiros por água abaixo quando não temos a colaboração de seres humanos cheios de defeitos e qualidades, assim como nós.

Entendemo-nos como parte do processo e chamamos o usuário a entender-se também. Isto melhora a efetividade do trabalho, a adesão ao tratamento e o risco de adoecer por comorbidades, já que os valores pressóricos e de glicemia mantêm-se, com a colaboração dos usuários, quase sempre estáveis, reduzindo internações e mortalidade.

Algumas pessoas vão se modificar com nossa ajuda e teremos orgulho delas como se fossem filhos nossos. Outros tantos simplesmente não vão querer ou conseguir mudar. Vi transformações que se tornaram exemplos de vida e chorei a despedida de tantos outros. O importante é estar sempre disponível para ser a pessoa que oferecerá a mão quando o equilíbrio faltar.

Bibliografia

- 1) ARRUDA, Cecília; SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira da. Acolhimento e vínculo na humanização do cuidado de enfermagem às pessoas com diabetes mellitus. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 65, n. 5, Oct.2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000500007&lng=en&nrm=iso>. access on 13Apr.2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000500007>.

- 2) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (**Cadernos de Atenção Básica, n. 12. Obesidade**) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília: Ministério da Saúde, 2006

- 3) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (**Cadernos de Atenção Básica, n. 14. Prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica.**) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília: Ministério da Saúde, 2006

- 4) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (**Cadernos de Atenção Básica, n. 15. Hipertensão Arterial e Sistêmica**) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília: Ministério da Saúde, 2006

- 5) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (**Cadernos de Atenção Básica, n. 16. Diabetes Mellitus**) (**Série A. Normas e Manuais Técnicos**). Brasília: Ministério da Saúde, 2006

- 6) BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. (**Cadernos de Atenção Básica, n. 37**) Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

- 7) CARRIJO, Rafael Santos; RASERA, Emerson Fernando. Como negociar a responsabilização em conversas sobre viver com diabetes. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 25, n. 3, 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822013000300019&lng=en&nrm=iso>. access on 13Apr.2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822013000300019>.

- 8) COCA, Antonio. Novas recomendações da DH-BSC referente à administração ideal de hipertensão em diabéticos. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 101, n. 3, Sept.2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-

782X2013002900001&lng=en&nrm=iso>. access
on13Apr.2014.<http://dx.doi.org/10.5935/abc.20130177>.

- 9) DEVEZA, Filipa. Ingestão de sal na hipertensão arterial: quem e quanto deve reduzir?. **RevPortMed Geral Fam**, Lisboa, v. 28, n. 3, maio 2012 . Disponível em <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-51732012000300013&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 14abr.2014.

- 10) HENRIQUES, Ana Catarina. Quais os benefícios cardiovasculares de uma intervenção intensiva no estilo de vida na Diabetes tipo 2?. **RevPortMed Geral Fam**, Lisboa, v. 29, n. 5, set. 2013 . Disponível em <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-51732013000500015&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 14abr.2014.

- 11) VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo ,v. 95, n. 1, supl. 1, 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010001700001&lng=en&nrm=iso>. access
on13Apr.2014.<http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2010001700001>.

- 12) SETIAN, NUVARTI. Hipertensão endócrina. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo ,v. 47, n. 4, Dec. 2001 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302001000400007&lng=en&nrm=iso>. access
on13Apr.2014.<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302001000400007>.

- 13) ZORTEA, Karine; TARTARI, Rafaela Festugatto. Hipertensão arterial e atividade física. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo ,v. 93, n. 4, Oct. 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2009001000020&lng=en&nrm=iso>. access
on13Apr.2014.<http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2009001000020>.

Anexo C – Planilha de Coleta de dados (continuação)

[illegible]

